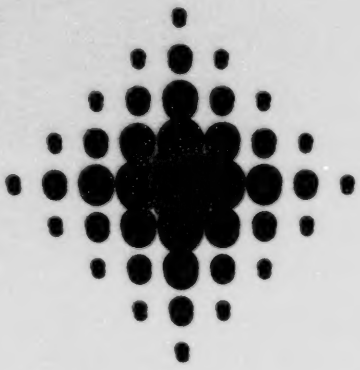
6

Recherche

Les PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires

Marc Renaud,
Sylvie Jutras,
Pierre Bouchard



COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

6

Recherche

Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires

Marc Renaud,
Sylvie Jutras,
Pierre Bouchard

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08452-0

Groupe de recherche sur les aspects sociaux
de la prévention en santé et en
sécurité du travail

GRASP/sst

LES SOLUTIONS QU'APPORTENT LES QUEBECOIS A LEURS PROBLEMES SOCIAUX ET SANITAIRES

Trois cas types: s'occuper d'un parent âgé, soulager son mal de dos, être chef de famille monoparentale

Rapport présenté à la

Commission d'enquête sur les services
de santé et les services sociaux

Marc Renaud
Sylvie Jutras
Pierre Bouchard

avec la collaboration de

Louise Guyon
Renée B.-Dandurand

Août 1987

RESUME

La présente enquête a été conduite afin de décrire comment, en 1987, les Québécois tentent de régler leurs problèmes sociaux et de santé. Des facteurs pouvant expliquer le recours aux solutions privilégiées sont identifiées, alors que quelques éléments permettent de tracer l'évolution de comportements de recours depuis 1970.

En plus de certains aspects d'ordre général, trois situations cibles sont examinées, un problème socio-sanitaire: devoir prendre en charge un parent âgé en perte ou en manque d'autonomie, un problème sanitaire: souffrir de mal de dos chronique et un problème social: être aux prises avec des problèmes reliés aux responsabilités de chef de famille monoparentale.

Les solutions de différentes provenances: secteur public, secteur privé, réseau communautaire, individu, famille sont décrites à partir des résultats d'une enquête téléphonique de vingt à trente minutes effectuée auprès d'un échantillon représentatif de 2 114 répondants du Québec.

Les résultats de l'enquête sont ici présentés succinctement relativement à chacune des questions soulevées, en distinguant la nature du problème considéré. En conclusion du rapport, sont énoncés quelques jalons pour l'élaboration de scénarios de changements à l'intérieur du système de services de santé et de services sociaux.

(1) Comment, en 1987, les Québécois tentent-ils de régler leurs problèmes sociaux et de santé?

(1A) Quelles sont les solutions institutionnelles, privées, familiales ou communautaires adoptées?

Les ressources du secteur public apparaissent de première importance pour régler les **problèmes sanitaires**. En effet, la population québécoise a recouru dans une proportion de 70%[1] aux services de santé publics l'an dernier. L'urgence de centre hospitalier a été visitée par 34% des Québécois (pour eux-mêmes ou leurs enfants); alors que 19% ont fréquenté un CLSC (pour eux-mêmes ou leurs enfants). De tous les professionnels du réseau, l'omnipraticien et le médecin spécialiste sont les plus consultés. Ils sont vus presque exclusivement à l'hôpital, en cabinet privé ou au CLSC; les visites à domicile sont effectivement très marginales: 3,4%

---

1 Dans ce résumé, les pourcentages sont arrondis. Les taux exacts se retrouvent dans le rapport.

ont bénéficié de visites médicales et 2,5% de soins infirmiers à domicile.

La population générale et celle atteinte de mal de dos recourent aux thérapeutes pratiquant des médecines douces dans des proportions respectives de 14% et de 44%. Si l'on fait exception de la chiropratique et de l'acupuncture, les pratiques alternatives semblent relativement marginales; elles apparaissent à tout le moins très fragmentées. Ces taux de recours prennent cependant un sens particulier si l'on considère que les praticiens alternatifs sont généralement des non-médecins que les patients doivent payer eux-mêmes, souvent pour de longues périodes.

De façon générale, les Québécois font des efforts importants pour maintenir de saines habitudes de vie et la population atteinte de mal de dos chronique fait encore plus d'efforts en ce sens. Cela témoigne, dans une certaine mesure, de l'impact des campagnes de prévention et d'un changement de valeurs par rapport à la "bonne" santé.

Il est difficile de déterminer, dans les limites du questionnaire, la proportion de l'aide psychologique (reçue par 8% des Québécois) provenant du secteur public et du secteur privé. Puisque la majorité de l'aide a été sollicitée auprès des psychologues, il est probable que cette aide vienne surtout du milieu privé. Par contre, le corps médical fournit un soutien psychologique important, impossible à mesurer dans le cadre de l'enquête.

Parmi les Québécois, 4,6% aident un **parent âgé en perte ou en manque d'autonomie**: 2,7% apportent leur aide à une personne vivant à domicile, alors que 1,9% aident un parent vivant en institution.

L'implication immédiate des aidants est beaucoup plus importante dans le cas des personnes vivant à domicile. Lorsque ces dernières ne peuvent suffire à leurs besoins essentiels (repas, travaux ménagers légers, hygiène, soins infirmiers), l'aide provient de son milieu naturel: dans 61% des cas, du répondant ou de son conjoint et dans 41% des cas, de sa famille. L'implication du CLSC, des groupes communautaires, des voisins et amis et du secteur privé est infime. La situation est semblable pour les besoins complémentaires. Lorsque les parents âgés ont besoin d'aide à cet égard, dans 57% des cas l'aide provient du répondant et de son conjoint, alors qu'elle est également donnée par la famille dans 55% des cas. Le rôle des amis et voisins est extrêmement réduit encore ici, alors que le CLSC et les groupes communautaires ne sont aucunement impliqués. Le répondant et la famille accomplissent dans 67% des cas les travaux lourds des parents ne pouvant plus les assumer. L'aide du CLSC est ici mentionnée dans 3% des cas, alors que dans 7% des cas l'aide provient du secteur privé.

Si pour les personnes âgées vivant à domicile l'aide provient essentiellement de leur famille, l'inverse est vrai pour les personnes vivant en institution. De façon générale, en milieu institutionnel, les besoins des parents âgés sont massivement pris en charge par le personnel, avec peu ou pas d'implication de la famille.

Les aidants, comme les non-aidants, ont été interrogés sur leur perception du degré de difficulté à trouver une place en centre d'accueil pour une personne âgée. Parmi les francophones, 67% trouvent cela très difficile, alors que cette perception n'est partagée par 49% des anglophones. Or, lorsqu'on leur demande où ils s'adresseraient s'ils se retrouvaient le cas échéant dans cette situation, le premier choix des francophones (mentionné par 35% de cette population) est le CLSC tandis que le premier des non-francophones est le CSS et le travailleur social (31% de cette population). Le CSS et le travailleur social n'arrivent qu'au quatrième rang chez les francophones (mentionné par 19%) et le CLSC est mentionné en troisième lieu par 20% des non-francophones.

Les groupes communautaires sont très rarement cités comme sources d'aide. Toutefois, ils jouent un rôle capital, dans le cas du problème socio-sanitaire qu'est l'**alcoolisme**. En effet, 63% de la population indique qu'elle y ferait appel advenant un problème d'alcool personnel ou dans la famille, alors que 14% mentionnent le médecin dans ce cas. Ce résultat est éloquent: près de 60% de la population a entendu parler de l'action d'un groupe communautaire dans son quartier, mais moins de 6% affirme y avoir eu recours l'an dernier. Pourtant, la population aurait tendance à utiliser ces services pour un problème approprié.

Les ressources sur lesquelles peuvent compter les **chefs de famille monoparentale**[1] sont presque exclusivement les ressources du secteur public et les ressources familiales. Si ces deux dernières jouent un rôle très précieux, elles sont loin de répondre cependant de façon complète aux besoins spécifiques des chefs de famille monoparentale.

Dans l'ensemble, par rapport à la population générale, les chefs de famille monoparentale ne fréquentent pas davantage le CLSC; mais les plus démunies se distinguent des moins démunies sous ce rapport (28%/14%). Comparativement à la population générale, la fréquentation des chefs de famille monoparentale est plus élevée pour l'urgence d'hôpital

---

1 Les femmes représentent 88,8% des chefs de famille monoparentale. En accord avec cette réalité, nous traitons ici l'expression "chef de famille monoparentale" comme étant du genre féminin, en incluant les chefs de famille monoparentale de sexe masculin.

(44%/33%) et la clinique de centre hospitalier (42%/31%). Leur recours au CSS est également plus important (6%/2%). Chez les plus démunies, ce recours monte à 9% alors qu'il n'est que de 2% chez les moins démunies. Les chefs de famille monoparentale ont donc davantage recours aux services sociaux et de santé généraux offerts à la population que les autres et cela est d'autant plus vrai qu'elles sont plus démunies. Est-ce parce qu'elles en sont de plus grandes utilisatrices ou que le réseau répond moins (ou différemment) à leurs besoins particuliers, qu'elles sont moins nombreuses (71%) que la population générale (80%) à en être satisfaites et qu'elles ont davantage porté plainte au sujet de services reçus (11%/5%)? Elles sont précisément beaucoup plus nombreuses que la population générale à trouver insuffisante l'aide gouvernementale aux familles monoparentales (78%/53%).

Les chefs de famille monoparentale dépendent souvent de l'aide sociale: 59% en ont déjà reçu, 42% en recoivent actuellement. Chez les veuves, 84% ont bénéficié de la rente du conjoint survivant.

Près du quart des séparées et divorcées ont cherché de l'aide auprès d'un thérapeute ou d'un conseiller pour tenter une action de négociation avec le conjoint. Cette aide peut venir du secteur privé ou du secteur public.

Parmi les chefs de famille monoparentale, 60% devraient, selon l'entente intervenue, recevoir une pension alimentaire. De celles-là, le tiers ne l'ont pas reçu comme prévu. Parmi ces dernières, 36% ont fait appel au percepteur des pensions alimentaires et 13% ont eu de l'aide du Service de la médiation à la famille.

Le tiers des chefs de famille monoparentale ont eu un jugement de cour relativement à la garde des enfants, alors que la moitié d'entre elles ont obtenu un jugement concernant les droits de visite.

Le tiers des chefs de famille monoparentale ont été victimes de violence de la part du père de leurs enfants. De celles-là, 31% ont quitté le domicile, 27% ont demandé l'aide de la police et 2% se sont rendues à l'hôpital.

Les chefs de famille monoparentale sont majoritairement locataires (83%; population générale: 60%); peu d'entre elles (10%) bénéficient d'un HLM ou habitent une coopérative d'habitation (5%).

Rares sont les chefs de famille monoparentale (10%) qui reconnaissent que leurs enfants ont eu des problèmes reliés à l'événement déclencheur. Elles sont également peu nombreuses (16%) à associer l'événement à leurs propres problèmes psychologiques ou de santé.

Les chefs de famille monoparentale reçoivent peu d'aide de chacune des ressources potentielles et c'est peut-être pour cela qu'elles sont plus en attente que les autres vis-à-vis du réseau: par rapport à la population générale, elles sont moins nombreuses à considérer que le système de santé répond très bien aux besoins des personnes handicapées (34%/42%); elles sont plus nombreuses à affirmer qu'il est très difficile pour les Québécois moins fortunés d'obtenir tous les traitements requis (61%/48%); elles sont plus nombreuses à favoriser l'allocation gouvernementale aux personnes gardant chez elles un parent âgé (85%/75%); enfin, seulement 26% d'entre elles seraient d'accord pour participer aux coûts de la visite chez le médecin, alors que ce taux est de 38% chez les autres.

Des quelque 25% qui ont emprunté de l'argent après l'événement, environ la moitié l'a fait auprès d'une institution financière et l'autre moitié auprès de leur famille ou de leurs amis. Très peu de chefs de famille monoparentale ont reçu de l'aide pour gérer leur budget; cependant, l'aide dans ce cas est fournie principalement par un membre de la famille.

Le tiers des répondantes disent avoir eu de l'aide pour s'occuper des enfants; cette dernière provient d'abord des membres de la famille (66%), puis d'amis (24%) ou de l'ex-conjoint (22%).

La moitié des chefs de famille monoparentale entretiennent des relations amicales avec des femmes ou des hommes qui élèvent également leurs enfants seul(e)s. De celles-là, 66% disent que ces individus les ont aidées (soutien moral, s'occuper des enfants, aide matérielle, travaux ménagers, argent).

Les parents ou amis sont mentionnés comme accompagnateurs (respectivement 17% et 8% des cas) lors de rencontres pour défendre ses droits à l'assurance-chômage, au bureau de l'aide sociale ou ailleurs (problème rencontré par 18% de l'échantillon).

Parmi les 31% de femmes violentées physiquement par le conjoint et ayant quitté la maison la dernière fois que cela s'est produit, seulement 8% précisent avoir trouvé refuge chez quelqu'un (2% disent s'être réfugiées dans une maison pour femmes violentées).

Comme dans la population générale, seulement 6% des chefs de famille monoparentale ont eu recours à des services communautaires l'an dernier; 13% y ont déjà fait appel antérieurement.

En ce qui concerne l'aide reçue du secteur privé, seuls le recours au notaire ou à l'avocat pour la succession dans les

cas de veuvage et le recours au psychologue peuvent être mentionnés.

(1B) Pourquoi et dans quelles circonstances opte-t-on pour une solution en particulier ou un type de solution?

Trois facteurs peuvent expliquer pourquoi les Québécois privilégient une solution pour résoudre leurs **problèmes sanitaires**: l'accessibilité des services, la satisfaction éprouvée et l'intérêt pour des options thérapeutiques différentes ou complémentaires.

L'accessibilité explique tout d'abord le recours aux services institutionnels. L'accessibilité n'est pas seulement le fait de la gratuité; cette dernière acquise, le Québécois privilégiera les ressources qu'il peut identifier rapidement et desquelles il croit pouvoir obtenir une réponse. Cela explique que le médecin, l'urgence et le CLSC soient les ressources les plus sollicitées. L'accessibilité explique aussi le recours important aux groupes communautaires pour les problèmes d'alcool (les A.A.) et au secteur privé pour les problèmes d'obésité (les "Weight Watchers", par exemple).

La satisfaction explique sans doute une part importante du recours aux services du réseau: 80% des Québécois considèrent qu'il s'agit d'un des meilleurs systèmes de santé au monde.

Enfin, l'intérêt pour des options thérapeutiques différentes ou complémentaires aux services dispensés explique le recours aux médecines douces, soit parce que la médecine classique a échoué, soit parce que l'on veut éviter les médicaments. Le non-recours à ces pratiques pourrait s'expliquer partiellement par la crainte d'intervenants non qualifiés ("la peur des charlatans") et par les dépenses encourues.

Parmi la population atteinte de mal de dos, chez ceux qui consultent un intervenant dans un cadre médical ou paramédical, on retrouve plus de patients dont le degré de gravité est élevé. Par contre, chez les répondants consultant les chiropraticiens et les "autres praticiens alternatifs", un nombre comparable de cas peu graves et plus graves est observé. Ceci concourt à faire croire que les médecines douces sont davantage complémentaires qu'alternatives.

Les ressources d'hébergement public pour les **personnes âgées** étaient saturées à 98% en 1984-85, l'on reconnaît généralement que les ressources de maintien à domicile ne suffisent pas pour répondre aux besoins actuels des personnes âgées en ayant besoin, alors que notre enquête montre le milieu communautaire comme une ressource très limitée auprès des personnes âgées en perte ou en manque d'autonomie. Il ne reste plus que les familles qui peuvent apporter leur aide aux

parents âgés, qui par ailleurs ne recourent pas au secteur privé pour les assister. Dans ce contexte, on ne peut parler d'options, de choix possibles entre diverses solutions.

Les seules ressources véritables pour les personnes âgées sont l'hébergement pris en charge par le réseau (en centre d'accueil, en centre hospitalier ou éventuellement en famille d'accueil) et la famille. Le point de rupture entre les solutions familiales et les solutions institutionnelles est essentiellement l'état de santé du parent âgé.

(1C) Adopte-t-on plusieurs solutions de façon simultanée?; selon un pattern particulier?

L'examen des combinaisons de solutions essayées par la population atteinte de **mal de dos chronique** montre l'omniprésence du médecin et l'importance du rôle du chiropraticien. En effet, les combinaisons de solutions les plus fréquentes sont: l'omnipraticien seul (17%), le chiropraticien seul (15%), le spécialiste seul (17%), l'omnipraticien couplé avec le chiropraticien (8%) et l'omnipraticien couplé avec le spécialiste (6%). Exception faite du chiropraticien, peu d'individus consultent uniquement un praticien de médecines douces (un autre argument à la complémentarité de ces pratiques). Les sujets dont les conséquences de leur mal de dos sont plus graves ont essayé un plus grand nombre de solutions, mais très peu ont recouru à plus de deux types d'intervenants: le trio omnipraticien-spécialiste-physiothérapeute, filière médicale classique, n'est tenté que par 4% de la population atteinte.

Quelques patterns dans la consommation de services méritent d'être soulignés. Le physiothérapeute est fortement associé à l'omnipraticien et au spécialiste, alors que parmi ceux qui ne consultent pas de médecin, se trouvent davantage de patients de praticiens alternatifs. Chez ceux qui n'ont pas consulté d'omnipraticien ou de thérapeute alternatif, on retrouve plus de sujets pratiquant des comportements d'autosanté. Des mécanismes compensatoires semblent ici s'installer.

Lorsque la **personne âgée** vit à domicile, l'aide provient presque entièrement de son milieu familial, à l'exclusion principalement d'éventuelles visites médicales ou infirmières à la maison. Quelques personnes âgées utilisent des services privés pour exécuter certains travaux lourds dans leur domicile.

La prise en charge d'un parent âgé repose essentiellement sur un seul type de ressources: la famille, s'il s'agit d'une personne à domicile, ou le milieu professionnel, dans le cas d'un parent institutionnalisé. En principe, les ressources

de maintien à domicile devraient permettre la présence de plusieurs intervenants, de divers types de solutions; en pratique, cette coexistence n'a pas été décelée auprès des personnes âgées aidées par leur famille.

(1D) Comment les différents milieux apportent-ils des réponses aux problèmes?

D'après la population atteinte de **mal de dos**, les thérapies alternatives sont les plus satisfaisantes en raison du caractère complet de l'investigation (examen physique, explication des traitements, du problème, améliorations un mois après, meilleur soulagement). Même s'ils se disent moins satisfaits des médecins, si c'était à refaire, les sujets seraient tout autant disposés à retourner voir ces derniers que les praticiens de médecines douces. De plus, le spécialiste et le physiothérapeute seraient les intervenants les plus recommandés éventuellement à un ami. Ces résultats suggèrent l'hypothèse que les patients souffrant de mal de dos chronique ont fortement confiance dans la fiabilité du diagnostic médical, tout en accordant une grande valeur au soulagement obtenu des praticiens alternatifs et au type d'interaction vécue avec ce dernier.

Les aidants de **personnes âgées** en institution s'occupent principalement de tâches complémentaires et leur degré d'implication est plutôt faible en général. Ceux qui aident un parent vivant à domicile doivent s'impliquer davantage. Le temps et l'énergie consacrés au parent âgé sont évidemment beaucoup plus importants chez les 26% d'aidants de personnes à domicile qui vivent avec le parent âgé.

Peu d'aidants (10%) apportent une aide financière à leurs parents âgés et la contribution moyenne annuelle des aidants de parents à domicile (n=20) est de 788,00 $.

En général, les aidants sont satisfaits de la contribution du secteur public: 72% affirment que la personne âgée "a reçu toute l'aide et tous les services qu'elles aurait pu attendre du secteur public", et ce, même si l'aide recue a été effectivement minimale. Cependant, chez les aidants de parents à domicile et trouvant leur situation difficile au plan physique, 85% (n=65) souhaiteraient que l'Etat les aide par du soutien financier, de l'information, du gardiennage. Comparativement à la population non aidante, les aidants sont plus en faveur d'une forme d'allocation gouvernementale donnée aux personnes âgées gardant chez elles un parent âgé (52%/41%).

(2) Quels facteurs peuvent expliquer le recours aux solutions privilégiées?

Quelques variables socio-démographiques sont reliées au recours à diverses solutions dans le cas de **problèmes sanitaires**. La fréquentation des CLSC est supérieure parmi les individus de 25-44 ans, alors que ceux dont le revenu du ménage est de 60 000 $ et plus y recourent très peu.

L'aide psychologique est utilisée autant par les francophones que les anglophones, mais beaucoup moins par les allophones. Les taux de recours sont par ailleurs comparables à Québec et à Montréal, mais sont beaucoup moindres dans le reste du Québec. Des raisons culturelles et d'accessibilité géographique expliquent probablement ces différences.

Le recours aux médecines douces est également différent selon les groupes linguistiques: 15% chez les francophones, 9% chez les anglophones et 5% chez les allophones. Il est de 15% chez les Québécois d'origine et de 5% chez les néo-Québécois.

En plus de ces différences socio-démographiques, rappelons que les usagers des médecines douces font personnellement plus d'efforts que les autres pour maintenir de bonnes habitudes de vie. Leur état de santé perçu n'est cependant pas différent de celui des autres.

Les comportements de recours aux solutions dans la prise en charge d'une **personne âgée** en perte ou en manque d'autonomie s'expliquent d'abord par l'état de santé du parent. Ce dernier détermine si la personne âgée pourra bénéficier de l'hébergement public, la seule véritable alternative à la vie à domicile. De plus, selon l'état de santé, la personne âgée sera hébergée en centre hospitalier ou en centre d'accueil.

Des différences culturelles semblent également intervenir: on retrouve plus de personnes âgées vivant à domicile chez les non-francophones et elles sont moins nombreuses à vivre seules que chez les non-francophones. La prise en charge familiale des parents âgés semble en effet plus intégrée en milieu non-francophone où l'on est moins d'accord pour que les personnes gardant chez elles un parent âgé reçoivent une allocation gouvernementale. Chez les personnes âgées à domicile aidées par des francophones, 17% ont déjà fait une demande pour entrer en centre d'accueil, alors que 3% ont fait une démarche semblable chez les non-francophones.

(3) De quelle façon les comportements de recours ont-ils évolué depuis 1970?

Quelques observations peuvent être faites sur les **comportements de santé et les comportements de recours** depuis 1970. Au plan personnel, notons que les Québécois, et particulièrement les femmes, font plusieurs efforts pour maintenir des habitudes de vie saines. En 1979, des progrès étaient observés au plan alimentaire; en 1987, 70% des Québécois disent faire des efforts en ce domaine. Comme en 1979, les femmes font toujours ici plus d'efforts que les hommes.

Notre enquête confirme la tendance à la baisse de la consommation de tabac: en 1978-79, elle était de 47% pour le Québec; le taux obtenu dans notre enquête est de 37%, ce qui se compare à d'autres statistiques établies.

Tout comme en 1980, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à recourir à l'aide psychologique. La proportion d'hommes utilisant ces services dans notre échantillon est plus élevée que celle retrouvée dans l'échantillon d'une étude datant de 1980, mais la différence pourrait s'expliquer par les nuances entre les questions posées.

Avant le développement massif des centres d'accueil dans le réseau de la santé et des services sociaux, les **personnes âgées**, moins nombreuses, vivaient surtout à domicile, chez elles ou très souvent avec un de leurs enfants. Diverses hypothèses peuvent être énoncées pour expliquer la disparition progressive de cette cohabitation et, par comparaison, sa persistance relative dans les milieux culturels non-francophones. Cependant, compte tenu des données existantes, on ne peut que constater l'évolution des comportements (moins de cohabitation, plus d'institutionnalisation et, en conséquence, moins d'implication directe des familles) et se demander quelles formes ces derniers prendront dans un contexte où les ressources institutionnelles déjà limitées ne pourraient suffire dans une société où les personnes âgées iront en nombre croissant. Les familles pourront-elles et voudront-elles s'impliquer davantage? Les personnes âgées, dont plusieurs seront plus fortunées que dans les dernières décennies, assumeront-elles leurs besoins en recourant au secteur privé, qui aujourd'hui offre surtout des services pour effectuer leurs travaux lourds?

Par le biais des centres d'accueil, l'État a pris en charge massivement et intégralement les besoins socio-sanitaires d'une partie de la population. Son implication relative aux personnes âgées s'est réduite dans les dernières années, ne s'occupant désormais que des cas les plus graves. Nous avons vu, par contre, que les aidants des personnes âgées vivant à domicile n'ont pas, de façon générale, une implication si

considérable auprès de leurs parents en perte ou en manque d'autonomie. Peut-être leur mode de vie les empêche-t-il de faire plus? Peut-être ces personnes âgées parviennent-elles à se débrouiller par des voies restées obscures dans l'interview téléphonique? Mais peut-être aussi éprouvent-elles beaucoup de difficulté à vivre et à assumer leur quotidien? Notre enquête, centrée sur les aidants, ne peut fournir un portrait de la situation des personnes âgées autrement que par le reflet de ce que nous en ont dit les aidants. Or, ce portrait laisse croire que la situation de plusieurs parents âgés est pour le moins difficile.

S'il est impossible de tracer l'évolution des comportements de recours chez les **chefs de famille monoparentale**, l'augmentation et la relative nouveauté du phénomène retient l'attention: alors qu'autrefois la monoparentalité résultait surtout du veuvage, elle est aujourd'hui principalement le fait des ruptures d'union et des naissances hors mariage.

Dans la dernière décennie, les personnes âgées démunies représentaient un, sinon le, groupe défavorisé retenant l'attention des médias et des critiques sociaux. Sans nous prononcer sur l'amélioration globale du sort des personnes âgées, leur situation a évolué depuis 1970: l'hébergement public s'est développé et le niveau de vie de plusieurs d'entre elles (mais non de toutes) s'est grandement amélioré. De plus en plus, les chefs de famille monoparentale démunies apparaissent aujourd'hui comme un groupe particulièrement désavantagé au plan économique et social et une des principales enclaves de "nouvelle pauvreté" dans notre société.

TABLE DES MATIERES

		Page
	RESUME	i
1.	INTRODUCTION	1
2.	DEFINITION ET CONCEPTION DE L'OBJET D'ETUDE	9
	2.1 PROCESSUS D'ORIENTATION ET DE CONSTRUCTION DE L'OBJET D'ETUDE	11
	2.1.1 Revue des sondages et enquêtes	11
	2.1.2 Analyse de la littérature scientifique et populaire	14
	2.1.3 Consultation des informateurs clés et des mémoires déposés à la Commission	14
	2.2 SYNTHESE DU PROCESSUS ET PRIORISATION DES OBJETS D'ENQUETE	16
	2.2.1 Synthèse du processus: l'étape de l'inventaire	16
	2.2.2 Priorisation des objets d'enquête: l'étape des choix	17
	2.3 IDENTIFICATION DE L'OBJET D'ETUDE ET SCHEMA D'ENQUETE	19
3.	METHODOLOGIE DE L'ENQUETE AUPRES DE LA POPULATION	23
	3.0 INTRODUCTION	24
	3.1 MODE DE CUEILLETTE	25
	3.2 ELABORATION DES INSTRUMENTS	27
	3.3 ECHANTILLONNAGE	29
	3.4 STRATEGIE DU TERRAIN	31
	3.4.1 Choix d'une firme de sondage	31
	3.4.2 Résultats du prétest	31

3.4.3 Résultats de la cueillette 32

3.5 PONDERATION DES DONNEES 35

3.6 DEGRE DE PRECISION DES DONNEES 38

3.7 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON 39

4. ATTITUDES ET COMPORTEMENTS EN MATIERE DE SANTE, DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX 43

RESUME DES FAITS SAILLANTS DU CHAPITRE 45

4.0 INTRODUCTION 48

4.1 CARACTERISTIQUES DE SANTE 49

4.1.1 Etat de santé perçu 49

4.1.2 Incapacités 49

4.1.3 Habitudes de vie 50

4.2 CONSOMMATION DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX 55

4.2.1 Caractéristiques factuelles de consommation 55

4.2.2 Tendances de consommation 68

4.3 OPINIONS SUR LE SYSTEME DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX 71

4.3.1 Qualité du système 71

4.3.2 Besoins de certains groupes cibles . 71

4.3.3 Participation individuelle aux coûts du système 74

4.3.4 Raisons perçues du recours aux médecines douces 78

4.4 PRODUCTION DE SERVICES PAR LE REPONDANT 80

5. AIDER UN PARENT AGE EN PERTE OU EN MANQUE D'AUTONOMIE 81

RESUME DES FAITS SAILLANTS DU CHAPITRE 83

5.0 INTRODUCTION 87

5.1 QUI AIDE UNE PERSONNE AGEE? 90

5.1.1 Prévalence 90

5.1.2 Caractéristiques socio-démographiques des aidants 92

5.1.3 Etat de santé des aidants 92

5.1.4 Consommation personnelle et tendances de consommation des services de santé et des services sociaux 93

5.1.5 Opinions sur le système de santé et des services sociaux 96

5.1.6 Les aidants et le bénévolat 98

5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE? 99

5.2.1 La personne âgée vivant à domicile . 99

5.2.2 La personne âgée vivant en institution 111

5.3 COMMENT S'IMPLIQUE-T-ON ENVERS LA PERSONNE AGEE? 119

5.3.1 Implication générale de l'aidant ... 119

5.3.2 Implication temporelle de l'aidant . 122

5.3.3 Implication financière de l'aidant . 122

5.4 EVALUATION DE LA SITUATION D'AIDANT 124

5.4.1 Conséquences de l'aide apportée 124

5.4.2 Difficulté de cette prise en charge 127

5.4.3 Evaluation de l'aide obtenue 130

5.4.4 Solution à préconiser en cas d'une détérioration de la santé de la personne âgée vivant à domicile 130

5.5 L'AIDE APPORTEE A UNE PERSONNE AGEE SELON LE GROUPE LINGUISTIQUE DE L'AIDANT 132

5.5.1 Prévalence 132

5.5.2 L'implication envers la personne aidée à domicile 134

5.5.3 Evaluation de leur situation d'aidant 136

5.5.4 Opinions sur le système de santé et des services sociaux 137

5.5.5 Tendances de consommation en services sociaux et services de santé 139

6. SOULAGER SON MAL DE DOS 141

RESUME DES FAITS SAILLANTS DU CHAPITRE 142

6.0 INTRODUCTION 146

6.1 QUI SOUFFRE DE MAUX DE DOS CHRONIQUES AU QUEBEC? 150

6.1.1 Prévalence 150

6.1.2 Quelques comparaisons avec la population non atteinte 153

6.2 QUELS SONT LES PROBLEMES ASSOCIES AUX MAUX DE DOS? 155

6.3 VERS QUELLES OPTIONS THERAPEUTIQUES LA POPULATION ATTEINTE SE TOURNE-T-ELLE? 159

6.3.1 Comportements d'auto-santé 165

6.4 COMMENT SE COMPARENT LES OPTIONS THERAPEUTIQUES (AVEC INTERVENANT) LES UNES AVEC LES AUTRES? 168

6.5 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS A L'OMNIPRATICIEN 176

6.5.1 Données sur la consultation 176

6.5.2 Examens, traitements, conseils 176

6.5.3 Satisfaction et efficacité perçue .. 178

6.6 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AUX SPECIALISTES 180

6.6.1 Données sur la consultation 180

6.6.2 Examens, traitements, conseils 181

6.6.3 Satisfaction et efficacité perçue .. 183

6.7 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AU PHYSIOTHERAPEUTE 184

6.7.1 Données sur la consultation 184

6.7.2 Traitements, conseils 185

6.7.3 Satisfaction et efficacité perçue .. 186

6.8 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AUX PRATICIENS ALTERNATIFS 188

6.8.1 Données sur la consultation 188

6.8.2 Conseils 191

6.8.3 Satisfaction et efficacité perçue .. 192

7. ETRE CHEF DE FAMILLE MONOPARENTALE 195

RESUME DES FAITS SAILLANTS DU CHAPITRE 197

7.0 INTRODUCTION 202

7.1 QUI SONT LES CHEFS DE FAMILLE MONOPARENTALE? 206

7.1.1 Prévalence 206

7.1.2 Caractéristiques socio-démographiques des chefs de famille monoparentale 208

7.1.3 Etat de santé perçu des chefs de famille monoparentale 213

7.2 COMMENT ONT-ELLES REGLE LEURS AFFAIRES SUITE A L'EVENEMENT? 216

7.2.1 La situation de veuvage 216
7.2.2 La situation de mère célibataire ... 217
7.2.3 La situation de séparation ou de divorce 219

7.3 COMMENT SE LOGENT-ELLES? 231

7.4 COMMENT GERENT-ELLES LEURS AFFAIRES? 234

7.5 COMMENT PARTICIPENT-ELLES AU MARCHE DU TRAVAIL? 236

7.6 COMMENT REUSSISSENT-ELLES A PRENDRE SOIN DES ENFANTS? 239

7.7 QUELLE VIE PERSONNELLE ONT-ELLES? 241

7.8 QUELLE AIDE ONT-ELLES RECUE? 244

7.9 CONSOMMATION DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX 245

7.9.1 Consommation générale 245

7.9.2 Consultation dans les établissements du réseau 246

7.9.3 Consultation auprès des praticiens du réseau 246

7.9.4 Plaintes portées pour des services de santé ou des services sociaux ... 246

7.9.5 Appel aux groupes communautaires ... 247

7.10 OPINIONS SUR LE SYSTEME DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX 248

7.10.1 Qualité du système 248

7.10.2 Besoins de certains groupes cibles . 248

7.10.3 Participation individuelle aux coûts du système 248

8. CONCLUSION 251

8.1 QUELLES SOLUTIONS APPORTENT LES QUEBECOIS A LEURS PROBLEMES SOCIAUX ET DE SANTE? 252

8.1.1 Problèmes sanitaires 252

8.1.2 Problèmes socio-sanitaires 258

8.1.3 Problèmes sociaux 264

8.2 JALONS POUR L'ELABORATION DE SCENARIOS DE CHANGEMENTS 270

REFERENCES 275

ANNEXE A - Questionnaires

ANNEXE B - Annexe technique

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

1.0 INTRODUCTION

De quelle façon les Québécois se tirent-ils d'affaire en 1987 pour régler leurs problèmes socio-sanitaires? Voilà la question centrale de la présente étude.

Quelques réponses pouvaient dès le départ être énoncées; certaines sur la base de données quantitatives, d'autres à partir de travaux monographiques sur le terrain, d'autres encore reposaient sur des intuitions ou des perceptions d'individus ou de groupes impliqués dans le milieu.

Nous avons choisi de trouver réponse à cette question en demandant directement à la population québécoise de quelle façon elle tente de résoudre ses problèmes sociaux et de santé. Aussi avons-nous procédé à un sondage téléphonique (de 30 minutes) auprès d'un échantillon représentatif de la population.

Trois questions centrales sont au coeur de l'enquête:

- (1) comment, en 1987, les Québécois tentent-ils de régler leurs problèmes sociaux et de santé?
- (2) quels facteurs peuvent expliquer le recours aux solutions privilégiées? et
- (3) de quelle façon ces comportements ont-ils évolué depuis 1970?

Pour établir comment les Québécois se tirent d'affaire devant divers problèmes de santé et divers problèmes sociaux, nous avons **d'une part** étudié des questions d'ordre général auprès de l'ensemble de la population (n= 2114 : caractérisques de santé, comportements de consommation, opinions sur le système de santé et des services sociaux, production de services par la population). **D'autre part**, nous avons étudié auprès de trois sous-populations différentes trois situations cibles représentant chacune respectivement des problèmes plus particulièrement:

(1)	**socio-sanitaires** (faisant référence à la fois à des besoins médicaux et des besoins sociaux):	devoir prendre en charge une personne âgée en perte ou en manque d'autonomie (n=501);
(2)	**sanitaires** (relevant de services spécifiquement médicaux):	souffrir de mal de dos de façon chronique (n= 507);

1.0 INTRODUCTION

(3)	**sociaux** (reflétant des besoins sociaux ne relevant pas de considérations de santé):	être aux prises avec des problèmes reliés aux responsabilités de chef de famille monoparentale (n= 301).

La recherche s'est déroulée en deux phases: une première de définition et de conception de l'objet d'étude et une seconde constituée de l'enquête téléphonique auprès des Québécois. Lors de la première phase, les sondages et enquêtes pertinents au sujet étudié ont été recensés et analysés (GRASP/sst, 1986) et différents experts ont été consultés. Un Groupe-conseil a alors été constitué pour discuter des orientations de la recherche. Les mémoires déposés à la Commission ont également été pris en considération. Le chapitre II relate ce processus de définition et de conception de l'objet d'étude.

Le chapitre III expose la méthodologie de l'enquête auprès de la population. Les chapitres IV, V, VI et VII présentent respectivement les résultats du sondage auprès de la population générale et des sondages reliés aux situations cibles: (V) s'occuper d'un parent âgé en perte ou en manque d'autonomie; (VI) soulager son mal de dos; (VII) être chef de famille monoparentale.

Chacun des chapitres exposant les résultats peut se lire indépendamment des autres et est précédé d'un résumé des faits saillants concernant la situation cible étudiée. Dans le chapitre VIII, nous concluons le rapport en tentant de répondre globalement aux trois questions centrales énoncées précédemment.

Les travaux de recherche commencés en juin 1986 ont duré un peu plus d'un an, alors que la cueillette de données par entrevue téléphonique s'est déroulée entre février et avril 1987. Plusieurs chercheurs ont participé à l'étude: Marc RENAUD (direction du projet), Sylvie JUTRAS (coordination du projet, analyse et rédaction du rapport final), Pierre BOUCHARD (coordination de l'analyse statistique, analyse et rédaction du rapport final), Louise GUYON (recension, analyse et rédaction du rapport sur les sondages et enquêtes antérieurs, GRASP/sst, 1986) et Renée B.-DANDURAND (élaboration et construction du questionnaire sur la monoparentalité et consultation sur l'analyse des résultats). Jocelyne BOIVIN, documentaliste au Grasp/sst, a assumé la responsabilité des recherches et du traitement bibliographiques. Quelques étudiants du second cycle universitaire ont contribué de façon significative à la progression des travaux: Astrid RAYMOND, Alain MARCHAND et Jean BOULAIS. Ginette GRÉGOIRE, Thérèse

1.0 INTRODUCTION

VIAU et plus particulièrement France LACOURSIERE ont dactylographié avec patience et compréhension les diverses versions des questionnaires d'enquête, des rapports d'étape et du rapport final.

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes qui ont contribué à nos travaux et dont nous avons vivement apprécié la collaboration.

Les Commissaires:

Jean ROCHON
Harvey BARKUN
Janine BERNATCHEZ-SIMARD
Roger BERTRAND
Jean-Pierre DUPLANTIE
Norbert RODRIGUE

dont l'intérêt manifesté et les commentaires sur nos travaux ont été une source constante d'encouragement.

Le personnel de la Commission:

Colette CHATILLON
Claire DAVIDSON
Andrée DEMERS
Sylvie DILLARD
Guy GÉLINEAU
Pierre ROY
Danielle SAINT-LAURENT
Rose-Marie TASSEROUL
Louise-Hélène TROTTIER

qui, chacun à leur façon, ont enrichi notre recherche et en ont facilité le déroulement.

Le Groupe-conseil:

Jean-Pierre BÉLANGER	Fédération des C.L.S.C. du Québec
Janine BERNATCHEZ-SIMARD	Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux

1.0 INTRODUCTION

Jean-Pierre DUPLANTIE	Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux
Gilles DUSSAULT	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal
Aline ÉMOND	Enquête Santé-Québec
Jacques GODBOUT	INRS-Urbanisation
Andrée LAJOIE	Centre de recherche en droit public, Université de Montréal
Pierre ROBERGE	Évaluation de programmes des services sociaux, Ministère de la Santé et des services sociaux
Norbert RODRIGUE	Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux
Claude STROHMENGER	Santé et Bien-être social Canada
Yanick VILLEDIEU	Radio-Canada

Ce comité-aviseur a été un lieu très apprécié de discussion sur les orientations de l'enquête et d'échange sur sa structure, les situations cibles et les ébauches de questionnaires.

Les experts consultés:

Lorraine BILOCQ-LEBEAU	Centre de Référence du Grand-Montréal
Léandre BILODEAU	Évaluation des programmes sociaux, Ministère de la santé et des services sociaux
Jean-Claude BOISVERT	Centraide-Montréal
Rita CAMBRON	Fédération de l'Age d'Or du Québec
Paul CASTONGUAY	Clinique: 5189, Saint-Denis

1.0 INTRODUCTION

May CLARKSON	Enquête Santé-Québec
Pierre CLOUTIER	Centre de réponse Argus
Nicole DEDOBBELEER	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal
Lorraine FILION	Service de médiation à la famille, Centre de services sociaux du Montréal métropolitain
Claude JEAN-FRANCOIS	Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont
Marie-Hélène GAGNE	Direction des Programmes de services sociaux, Ministère de la santé et des services sociaux
Sylvain GERVAIS	Service d'orientation et de consultation psychologique, Université de Montréal
Stella GUY	Office des Services de garde à l'enfance
Pierre LAMARCHE	Promotion de la Santé, Santé et Bien-être social Canada
Paul LAQUERRE	Direction des Programmes de services sociaux, Ministère de la santé et des services sociaux
Ghyslaine LAVOIE	Département de physiothérapie, Université de Montréal
Bernard LEDUC	Centre hospitalier Hôtel-Dieu
Martin LEMMENS	Centre de services sociaux de l'Estrie
Madeleine LEVASSEUR	Enquête Santé-Québec
Huguette LIMOGES	Fédération des associations de familles monoparentales
Claire MARCHAND	Centre de services sociaux du Montréal métropolitain

1.0 INTRODUCTION

Justo MICHELENAS	Centre de services sociaux du Montréal métropolitain
Jean QUINTAL	Association des centres d'accueil du Québec
Jean-Bernard ROBICHAUD	Conseil canadien de développement social
Lise SAINT-JEAN	Institut québécois de recherche sur la culture
Claude STROHMENGER	Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, Santé et Bien-être social Canada
Maurice THIBAULT	Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont
Jean-D'Arc VAILLANT	Commission d'appel en matière de lésions professionnelles

ont chacun contribué à la définition de l'objet d'étude ou à l'élaboration des divers questionnaires.

SOM, inc.:

Hélène BERNIER
Michel FLUET
Marie GAUVIN
Gilles THERRIEN

dont l'efficacité et le professionnalisme ont assuré une cueillette de données de qualité;

ainsi que tous les répondants interviewés sans qui l'enquête n'aurait pu avoir lieu.

Montréal, août 1987

Marc Renaud
Sylvie Jutras
Pierre Bouchard

CHAPITRE II

DEFINITION ET CONCEPTION DE L'OBJET D'ETUDE

2.1 PROCESSUS D'ORIENTATION ET DE CONSTRUCTION DE L'OBJET D'ETUDE

Le présent chapitre décrit le processus de définition et de conception de l'objet d'étude.

2.1 PROCESSUS D'ORIENTATION ET DE CONSTRUCTION DE L'OBJET D'ETUDE

Pour orienter et construire l'objet d'étude, nous avons recueilli, analysé et synthétisé une série d'informations provenant essentiellement de trois démarches:

- une revue des sondages et enquêtes préalablement effectués;
- une analyse de la littérature scientifique et populaire sur les exigences et aspirations de la population en termes de santé et de services de santé;
- la consultation d'informateurs clés et des mémoires déposés à la Commission.

2.1.1 Revue des sondages et enquêtes

La recension des sondages et enquêtes sur la santé et les services sociaux réalisés entre 1970 et 1986, au Québec et ailleurs, a joué un rôle très important pour définir l'objet de notre étude. Cette revue devait fournir des balises quant à l'évolution des comportements reliés à la santé et aux problèmes sociaux et du recours aux soins et aux services. De façon opérationnelle, elle devait établir des paramètres précis pouvant être retraduits dans le design de l'enquête auprès de la population. Cette recension a permis de situer notre sondage dans une perspective historique, en lui fournissant des éléments contextuels et comparatifs.

La recension des sondages et enquêtes a fait l'objet d'un rapport-synthèse autonome conçu comme un outil de travail (GRASP/sst, 1986). Nous n'en présenterons ici que quelques faits saillants.

Plus d'une soixantaine de sondages et d'enquêtes ont été répertoriés et analysés. La couverture de la revue réalisée n'est évidemment pas exhaustive, le temps et les moyens ont dû limiter son envergure. Les documents proviennent principalement des sources suivantes:

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux
- Santé et Bien-être Social Canada
- Statistique Canada

2.1 PROCESSUS D'ORIENTATION ET DE CONSTRUCTION DE L'OBJET D'ETUDE

- Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme
- National Institute of Mental Health (U.S.A.)
- National Center for Health Statistics (U.S.A.)
- INSEE (France)
- établissements du réseau de la santé et des services sociaux
- organismes à but non lucratif (ex.: Centraide Montréal, Centre de Référence du Grand Montréal)
- groupes de recherches universitaires.

L'ensemble du matériel a été classé en onze catégories de sujets:

- personnes âgées
- adolescents
- jeunes enfants
- femmes
- aide sociale et pauvreté
- santé mentale
- santé, incapacité et habitudes de vie
- problèmes sociaux
- services de santé et services sociaux
- rôle distributif de l'Etat
- désinstitutionnalisation.

Chaque document a fait l'objet d'une indexation en fonction des descripteurs suivants:

- sujet de l'étude
- année de l'étude
- objectifs poursuivis
- population visée
- échantillon (taille, mode, représentativité ...)
- type de questionnaire
- taux de réponse
- contexte de l'étude
- variables utilisées
- qualité des données
- possibilités de comparaisons avec d'autres études.

Le rapport présente, par thème et de façon chronologique, les paramètres significatifs établis en ce qui concerne particulièrement: (1) la prévalence de certains problèmes et leur contexte socio-économique, (2) les comportements des personnes quant à des activités de prévention ou d'utilisation de services et (3) l'opinion des individus sur les politiques gouvernementales, sur les services, leurs attitudes face à des problématiques particulières, sur leurs priorités. Nous avons, par ailleurs, énoncé des commentaires

2.1 PROCESSUS D'ORIENTATION ET DE CONSTRUCTION DE L'OBJET D'ETUDE

sur chacun des sondages et enquêtes analysés en ce qui a trait notamment à la méthodologie, aux biais contextuels, aux limites ou à l'intérêt du document pour nos travaux.

Au terme de notre recension et de notre analyse, il est apparu que les données sur les attentes, les aspirations, les valeurs, les comportements, les opinions en matière de santé, de services de santé et de services sociaux sont légion, même si elles ne sont pas toujours connues ou facilement accessibles. Il nous a donc semblé inutile de retourner systématiquement "mettre à jour" des données, à tout le moins sur des réalités qui évoluent assez lentement. Ainsi, les renseignements sur la prévalence des maladies, des incapacités, des habitudes de vie semblent relativement complets, d'autant plus que l'Enquête Santé Québec apportera à ce sujet des données approfondies et mises à jour au cours de 1987.

Le recours aux soins a souvent fait l'objet de sondages et d'enquêtes. Cependant, si l'on connaît, d'année en année et par diverses sources, le taux de recours aux professionnels de la santé et la fréquentation des institutions publiques, on ignore à peu près tout des circonstances entourant ces démarches, des difficultés rencontrées par la population quant à la recherche de soulagement, de guérison ou d'assistance. De même, le recours aux ressources de la communauté ou aux thérapies alternatives est très peu documenté. Enfin, la participation individuelle des personnes à l'amélioration de leur situation ou de celle de leurs proches demeure une réalité relativement indéterminée. En conséquence, nous avons décidé d'étudier:

- le recours individuel à diverses ressources, institutionnelles et non institutionnelles, de même que les démarches qui les accompagnent;

- les comportements des gens vis-à-vis la préservation ou le recouvrement du bien-être physique ou social;

- les connaissances et les valeurs associées à certains problèmes ou certaines réalités du secteur de la santé et des services sociaux;

- l'implication des individus eux-mêmes dans la production de soins et services (particulièrement auprès des personnes âgées, des handicapés, des enfants).

La revue des sondages et enquêtes préalablement effectués a donc permis de délimiter des champs à couvrir dans notre enquête et a fourni des données susceptibles d'être comparées avec nos propres résultats.

2.1 PROCESSUS D'ORIENTATION ET DE CONSTRUCTION DE L'OBJET D'ETUDE

2.1.2 Analyse de la littérature scientifique et populaire

Afin d'identifier les préoccupations sanitaires et sociales véhiculées par les non-professionnels, nous avons consulté la littérature populaire. Nous avons dépouillé trois périodiques québécois: l'**Actualité**, **Châtelaine** et **La vie en rose** pour la période de 1970 à 1986. Le même traitement a été appliqué à l'hebdomadaire américain **Times**. L'indexation de la documentation a été saisie sur micro-ordinateur. Les auteurs de ces articles mettent en général un accent considérable sur les questions bio-médicales examinées, principalement du point de vue des progrès médicaux ou scientifiques et négligent les préoccupations centrées sur la consommation de services et les problématiques socio-sanitaires.

Bref, ces articles renseignent peu sur la façon dont la population tente de régler ses problèmes sanitaires et sociaux (à quelques exceptions près, notamment en ce qui concerne les médecines douces et la monoparentalité). Quelques éléments de cette littérature populaire ont pu être intégrés toutefois dans l'analyse des trois situations cibles étudiées et apparaîtront dans les chapitres appropriés.

De même, l'information pertinente provenant de la littérature scientifique a été incluse en relation avec les problématiques choisies.

2.1.3 Consultation des informateurs clés et des mémoires déposés à la Commission

Plusieurs personnes-ressources dont les noms figurent à la section "Remerciements" au Chapitre I ont été consultées à différents moments de l'enquête. Lors du processus d'orientation et de construction de l'objet d'enquête, nous avons pu bénéficier de la collaboration d'intervenants ou de planificateurs, tant au Ministère de la santé et des services sociaux, à Santé et Bien-être social Canada, que dans des organismes communautaires. Ces contacts ont surtout eu lieu, comme mentionné précédemment, lors de la cueillette des sondages et enquêtes antérieurs.

Il convient de souligner l'apport significatif d'un groupe de travail qui s'est réuni (le 24 septembre 1986) pour discuter de la détermination d'une problématique spécifiquement sociale à inclure dans l'enquête auprès de la population.

2.1 PROCESSUS D'ORIENTATION ET DE CONSTRUCTION DE L'OBJET D'ETUDE

Les 7 et 8 novembre 1986, l'Association pour la Santé Publique du Québec tenait un colloque sur le thème "Les usagers parlent solutions". Ce fut l'occasion pour des usagers individuels ou regroupés de discuter et de déposer à la Commission Rochon des recommandations-solutions sur différents thèmes, notamment les personnes âgées, les jeunes, la famille et l'enfance, les femmes, le rôle de l'action bénévole, les médecines et pratiques alternatives. Tant le discours du Président de la Commission que celui des usagers mettaient l'accent sur l'importance des organismes communautaires. Cette préoccupation s'est effectivement confirmée dans la définition de notre objet d'étude et s'est traduite particulièrement dans l'élaboration des instruments d'enquête.

Les préoccupations et enjeux défendus dans les mémoires présentés à la Commission et lors des audiences publiques ont été prises en compte dans le processus d'élaboration de l'objet d'étude. Ces documents ont été utiles tant pour identifier et clarifier des problématiques, le vécu de clientèles, etc., que pour repérer des individus ou groupes cibles susceptibles d'agir ultérieurement comme informateurs clés. De plus, lors d'une rencontre, l'équipe d'analystes des mémoires et sa responsable nous ont fait part des enjeux qu'elles voyaient poindre comme primordiaux.

2.2 SYNTHESE DU PROCESSUS ET PRIORISATION DES OBJETS D'ENQUETE

Suite au recueil de toutes les informations pertinentes, nous avons procédé à une étape de synthèse, suivie d'une étape de priorisation des objets à étudier.

2.2.1 Synthèse du processus: l'étape de l'inventaire

Afin de mettre de l'ordre dans l'ensemble de tout le matériel recueilli à différents niveaux au cours de la phase I, nous avons d'abord élaboré un inventaire matriciel regroupant l'information sous deux axes: l'axe des problèmes sanitaires, socio-sanitaires et sociaux, et l'axe des solutions. Les catégories de problèmes inventoriés sont les suivantes (présentés ici sans ordre hiérarchique):

- maladies
- symptomatologie de stress
- handicaps et incapacités
- santé mentale
- problèmes associés à la reproduction/sexualité
- problèmes associés à la pauvreté et l'appauvrissement
- surcharge associée à la prise en charge des proches
- assuétude et toxicomanie
- isolement et solitude
- désagrégation de la famille
- violence contre la personne
- problèmes associés à la mort d'un proche
- désintégration de l'environnement social des jeunes
- garde des enfants
- problèmes d'esthétique
- problèmes associés aux nuisances environnementales
- problèmes associés au vieillissement.

Chacune de ces catégories regroupait plusieurs problèmes, lesquels étaient ensuite subdivisés en différents aspects.

L'axe des solutions disponibles ou éventuelles comprenait cinq niveaux: personnel, familial, communautaire, institutionnel (professionnels et établissements) et social (privé et étatique). L'inventaire des solutions disponibles par niveau a ensuite été établi. Des problèmes spécifiques associés au recours à l'un ou l'autre des différents niveaux ont également été identifiés.

2.2 SYNTHESE DU PROCESSUS ET PRIORISATION DES OBJETS D'ENQUETE

Le croisement de l'axe des problèmes avec celui des solutions a permis de **brosser un portrait-synthèse reflétant les difficultés d'interface entre un problème, sous ces multiples facettes, et les diverses options de solutions possibles.** La recension des enquêtes et sondages avait montré l'existence d'une somme importante de données sur de nombreux problèmes sanitaires (et sur des problèmes sociaux, à un moindre degré). Cependant, il est apparu que, **dans les études antérieures, la façon même dont les problèmes sont solutionnés n'avait que peu retenue l'attention.**

Dans ce contexte, il est apparu fondamental de documenter la question suivante: **comment en 1987, les Québécois tentent-ils de régler leurs problèmes sociaux et de santé?"** Deux questions corollaires devaient également être examinées: **quels facteurs peuvent expliquer le recours aux solutions institutionnelles, privées ou communautaires? et de quelle façon ces comportements ont-ils évolué depuis 1970?** Puisque les attitudes, les idéologies et les opinions avaient été fort documentées dans les sondages antérieurs recensés, nous avons donc choisi de nous centrer sur les comportements concrets, en nuançant ou en enrichissant la description de ces conduites par l'étude de certaines attitudes.

2.2.2 Priorisation des objets d'enquête: l'étape des choix

Afin de répondre à ces questions, il a fallu délimiter un certain nombre de cas à étudier. De nombreuses problématiques pouvaient être tirées du tableau croisé des problèmes et des solutions en raison de leur importance sociale, de la nouveauté d'un phénomène, des coûts rattachés, de l'ampleur des problèmes associés, de la multiplicité des niveaux de solutions possibles, etc. Une fois diverses situations d'importance ou d'intérêt équivalent identifiées, l'équipe de recherche a procédé à une évaluation des problématiques. Les critères de sélection fondamentaux retenus ont été la faisabilité et le rendement (critère très important, considérant le médium téléphonique) et la pénurie d'informations sur un problème.

Au terme de cette démarche de priorisation, nous avons convenu d'étudier comment les Québécois se tirent d'affaire en nous centrant sur trois cas nettement différents. Ces situations cibles sont: (1) devoir prendre en charge une personne âgée en perte ou en manque d'autonomie, (2) souffrir de mal de dos de façon chronique et (3) être aux prises avec des problèmes reliés aux responsabilités de chef de famille monoparentale. Ces trois situations nous semblaient sociale-

2.2 SYNTHESE DU PROCESSUS ET PRIORISATION DES OBJETS D'ENQUETE

ment importantes et être chacune associée à diverses possibilités de solutions. La première touche à des problèmes socio-sanitaires, la seconde, à une condition sanitaire et la troisième renvoie à une problématique sociale.

2.3 IDENTIFICATION DE L'OBJET D'ETUDE ET SCHEMA D'ENQUETE

La première question de recherche posée:

(1) comment, en 1987, les Québécois tentent-ils de régler leurs problèmes sociaux et de santé?

amène plusieurs sous-questions, dont les plus importantes sont les suivantes:

(A) quelles sont les solutions institutionnelles, privées ou communautaires adoptées?;

(B) pourquoi et dans quelles circonstances opte-t-on pour une solution en particulier ou un type de solution?;

(C) adopte-t-on plusieurs solutions selon un pattern particulier?;

(D) comment les différents milieux apportent-ils des réponses aux problèmes?

Rappelons les deux autres questions à examiner:

(2) quels facteurs peuvent expliquer certains comportements de recours aux solutions?

(3) de quelle façon ces comportements ont-ils évolué depuis 1970?

Le schéma d'enquête conçu pour répondre à ces questions est présenté à la figure 2.1. Le bloc I est constitué de la fiche signalétique comprenant les informations socio-démographiques pertinentes pour éclairer les questions posées.

2.3 IDENTIFICATION DE L'OBJET D'ETUDE ET SCHEMA D'ENQUETE

FIGURE 2.1: Schéma de l'enquête

2.3 IDENTIFICATION DE L'OBJET D'ETUDE ET SCHEMA D'ENQUETE

Le bloc II porte sur des aspects d'ordre général reliés aux aspirations et aux exigences. Les dimensions présentes dans ce bloc sont les suivantes: des caractéristiques de santé du répondant, ses comportements de consommation, ses opinions sur le système de santé et des services sociaux et la production de services par le répondant. Ce bloc poursuit trois buts:

(1) décrire certaines réalités générales d'intérêt pour les travaux de la Commission et non couvertes dans l'étude des situations cibles;

(2) recueillir des données pouvant être mises en relation avec des résultats de sondages antérieurs, permettant ainsi de tracer l'évolution, depuis 1970, de quelques comportements;

(3) fournir des données sur des facteurs pouvant expliquer certaines options de solutions privilégiées pour se tirer d'affaire dans l'une ou l'autre des situations cibles étudiées.

Les trois situations cibles retenues forment le bloc III: devoir prendre en charge une personne âgée en perte ou en manque d'autonomie, souffrir de mal de dos chronique, être aux prises avec des problèmes associés aux responsabilités de chef de famille monoparentale. Les informations recueillies dans ce bloc permettent de décrire comment les Québécois apportent des solutions ou règlent des problèmes cibles de différente nature.

CHAPITRE III

METHODOLOGIE DE L'ENQUETE AUPRES DE LA POPULATION

3.0 INTRODUCTION

Ce chapitre présente les aspects essentiels de la méthodologie d'enquête auprès de la population: le mode de cueillette, la procédure d'élaboration des instruments, la stratégie d'échantillonnage, la stratégie de terrain, la pondération des données, le degré de précision des données et les caractéristiques de l'échantillon.

3.1 MODE DE CUEILLETTE

Compte tenu du temps et des moyens disponibles pour la réalisation de cette recherche,[1] il a été décidé de recueillir les données par entrevue téléphonique. En prenant cette décision, nous étions conscients du fait que la durée de l'entrevue ne pouvait pas dépasser 20 à 30 minutes et que les difficultés inhérentes à certaines questions (caractère confidentiel, complexité, etc.) devaient être contournées.

Margré ces contraintes, cette décision nous apparaissait la meilleure, car, selon Bouchard (1982b, p. 11), "il est impossible de conclure qu'en général, les entrevues téléphoniques diffèrent significativement de celles obtenues par entrevues face à face".[2] Les entrevues téléphoniques ne génèrent pas plus de "ne sais pas" que l'entrevue en face à face; les attitudes des répondants ne semblent pas varier en fonction du mode de cueillette; ceux-ci ne sont pas plus positifs ou plus négatifs en entrevue face à face qu'en entrevue téléphonique; si le mode de cueillette peut produire certains effets sur des mesures d'attitude et d'opinion, il semble que ce soit limité à seulement quelques questions d'ordre privé où l'entrevue téléphonique peut inciter à une certaine surenchère.[3]

De plus, l'entrevue téléphonique peut donner des résultats plus fiables, du fait d'un certain anonymat que le téléphone permet de conserver. Le contrôle de qualité, enfin, est plus facile à réaliser dans le cas d'entrevues téléphoniques que

---

1 D'après une étude réalisée en 1982 par le Centre de Sondage de l'Université de Montréal, une entrevue en face à face coûte dans la région de Montréal 2,2 fois plus cher qu'une entrevue téléphonique (voir Bouchard, 1982a) et cette différence est encore plus marquée dans le cas d'entrevues effectuées à l'extérieur de la région métropolitaine de Montréal.

2 Cette étude du Centre de Sondage de l'Université de Montréal avait été conçue comme la réédition en sol canadien de l'expérience de Groves et Kahn (1979).

3 Dans le cas de l'étude du Centre de Sondage de l'Université de Montréal, il s'agissait plus particulièrement de questions relatives aux moyens utilisés pour protéger son logement et ses biens (présence de chien de garde, de loquet de sécurité, etc.).

3.1 MODE DE CUEILLETTE

d'entrevues face à face: la supervision est constante, les opérations de cueillette étant centralisées contrairement à l'entrevue face à face où l'interviewer est laissé à lui-même.

Dans un tel contexte, la fabrication du questionnaire est d'une importance capitale et un investissement important a été consenti à cet égard.

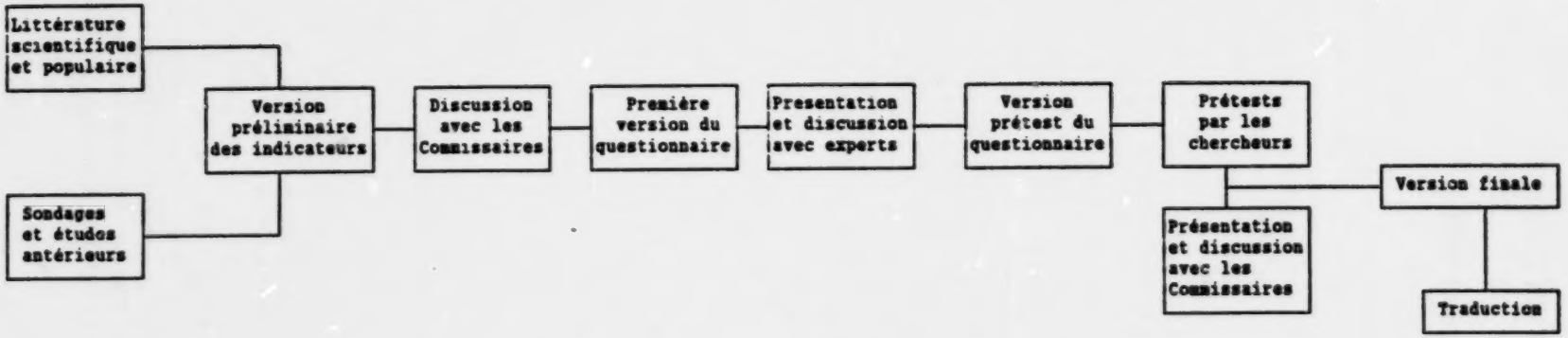
3.2 ELABORATION DES INSTRUMENTS

Une attention particulière a été accordée à l'élaboration des différents questionnaires. Que ce soit le questionnaire portant sur les aspects généraux et spécifiques des attentes des Québécois en matière de services de santé et de services sociaux ou les trois questionnaires utilisés pour les situations cibles, ils ont été élaborés de façon à peu près identique.[1] La figure 3.1 résume de façon schématique la procédure qui a alors été suivie. Suite à l'examen de la littérature scientifique et populaire, des sondages et études antérieurs, une version préliminaire des indicateurs pertinents a été présentée et discutée avec les Commissaires. Ensuite, une première version de chaque questionnaire a été rédigée et soumise à divers experts (voir le chapitre 1) qui avaient à réagir à un questionnaire partiellement modifié par les commentaires de l'expert précédent. Enfin, ces versions des questionnaires ainsi modifiés ont été prétestées par les chercheurs du GRASP/sst auprès d'un échantillon de répondants connus présentant le profil recherché et soumises aux Commissaires. Une version des questionnaires utilisés au moment de l'enquête a été reproduite à l'annexe A.

---

1 Dans le cas du questionnaire sur la monoparentalité, une table d'experts a spécialement été créée et s'est réunie à quelques reprises. Etaient présentes Madame Lorraine Filion du Service de médiation à la famille (CSSMM), Madame Huguette Limoges de la Fédération des Associations de familles monoparentales, Madame Lise Saint-Jean de l'IQRC et Madame Claire Marchand du CSSMM. A la demande de la Commission Rochon, cette dérnière a collaboré plus spécialement avec l'équipe pour cadrer les problèmes vécus par les familles monoparentales et l'aide qu'elles peuvent recevoir des services sociaux. Enfin, Madame Renée Dandurand de l'IQRC s'est jointe à l'équipe de base pour toute la période d'élaboration de cet instrument.

FIGURE 3.1 Schématisation du processus d'élaboration des instruments



3.3 ECHANTILLONNAGE

Rappelons que la cueillette de données devait être réalisée par entrevue téléphonique et ce, en deux étapes distinctes. La **première étape** a été conçue comme un sondage auprès de la population en général, que le répondant vive ou non l'une ou l'autre des trois situations cibles (N = 1000).

Tous les répondants pressentis (18 ans et plus) avaient alors à répondre

- s'ils n'appartenaient à aucune situation cible:	seulement au questionnaire sur les aspects généraux et spécifiques des attentes des Québécois en matière de services de santé et de services sociaux
- s'ils appartenaient à l'une ou l'autre des situations cibles:	au questionnaire sur les aspects généraux et spécifiques et au questionnaire approprié à la situation cible vécue.

En plus, cette première étape allait servir à estimer les taux de prévalence propres à chacune des situations cibles à l'étude et nécessaires à la réalisation de la seconde étape.

La **seconde étape** devait permettre de compléter les quotas attendus:

- 500 répondants souffrant d'un mal de dos chronique
- 500 répondants aidant un parent âgé en perte ou en manque d'autonomie
- 300 répondants vivant une situation de monoparentalité.

Lors de cette seconde étape, seuls les répondants qui appartenaient à l'une ou l'autre des situations cibles et ce, jusqu'à obtention du quota attendu, avaient à répondre au questionnaire sur les aspects généraux et spécifiques des attentes des Québécois et au questionnaire approprié à la situation cible vécue.

3.3 ECHANTILLONNAGE

Afin d'atteindre les quotas souhaités pour chacune des situations cibles à l'étude et afin de décrire le plus exactement possible la réalité vécue dans certaines régions du Québec, en particulier dans la région de Montréal (francophones/non-francophones), nous avons opté pour un modèle stratifié et non proportionnel. Il était important de pouvoir recueillir le plus d'informations possible sur cette diversité et de suréchantillonner la région de Montréal par rapport aux autres régions.

Le tableau 3.1 présente la population de chacune des strates établies selon le recensement de 1981 et le nombre de numéros de téléphone qui ont dû être sélectionnés pour atteindre les quotas attendus[1].

TABLEAU 3.1

Échantillonnage des numéros de téléphone selon les régions

Région	Population en 1981		Nombre de numéros de téléphone	
	N	%	N	%
Montréal-Métro	1 850 000	39,5	11 731	53,8
Québec-Métro	444 000	9,5	3 018	13,9
Reste du Québec	2 385 000	51,0	7 037	32,3
TOTAL	4 679 000	100,0	21 786	100,0

1 Pour chacune des trois strates, l'échantillon des numéros de téléphone a été généré à l'aide du logiciel "contact" qui est un système informatisé de génération aléatoire de numéros de téléphone utilisé par Som Inc. Pour les spécifications techniques du système "contact", voir le rapport administratif produit par Som Inc. (1987b).

3.4 STRATEGIE DU TERRAIN

3.4.1 Choix d'une firme de sondage

La cueillette des données, compte tenu des quotas de répondants à atteindre dans chacune des situations cibles et du plan d'échantillonnage adopté, nécessitait une infrastructure déjà constituée et expérimentée. Notre groupe de recherche ne disposait pas d'une telle infrastructure. Aussi avons-nous fait appel à une firme du secteur privé.

La firme privée a été choisie par la Commission selon les procédures en vigueur dans la fonction publique québécoise. Un appel d'offres a d'abord été lancé à sept des plus importantes firmes de sondage existant au Québec. Les firmes pressenties devaient présenter une soumission dans laquelle chacune s'engageait à

- prétester les versions française et anglaise de chacune des différentes sections du questionnaire;
- tirer un échantillon représentatif de la population québécoise;
- compléter, après dépistage, quelque 2 150 entrevues téléphoniques;
- procéder à la codification des réponses;
- transmettre les données au GRASP/sst.

Trois des sept firmes pressenties ont fait une proposition de services en bonne et due forme et, après examen, le contrat a été adjugé à Som inc.

3.4.2 Résultats du prétest

Le questionnaire qui devait servir à recueillir l'information désirée a été prétesté à Montréal par dix interviewers de Som inc., qui avaient préalablement participé à une séance de formation sur l'objet de l'étude et sur le questionnaire proprement dit. Tel qu'entendu, 91 questionnaires ont été complétés, dont 61 auprès de francophones et 30 auprès d'anglophones. A partir de ce prétest, il a été possible d'établir le temps requis pour répondre à chacune des parties du questionnaire:

3.4 STRATEGIE DU TERRAIN

- dépistage : 5 minutes
- aspects généraux et spécifiques : 7 minutes
- fiche signalétique: 3 minutes
- questionnaire "personne âgée" : 14,5 minutes
- questionnaire "maux de dos" : 14,5 minutes
- questionnaire "monoparentalité" : 14,5 minutes

soit 29,5 minutes au total.

En plus, ce prétest a permis de régler un certain nombre de problèmes mineurs (formulation, ordre des questions, etc.) et de tester différentes façons de dépister les répondants (dans le cas des répondants qui aident un parent âgé et dans le cas d'une personne en situation de monoparentalité).[1]

3.4.3 Résultats de la cueillette

La cueillette des données a été réalisée par entrevue téléphonique entre le 3 mars et le 24 avril 1987. Ce travail a été réalisé à partir des bureaux de Som inc. situés à Montréal et à Québec, sous la supervision constante d'une surveillante qui coordonnait et vérifiait le travail des interviewers.

Dans un premier temps, l'interviewer avait à établir la validité du numéro de téléphone qu'il avait à composer. Ont ainsi été identifiés des numéros où il n'y avait pas de service, des numéros en dérangement, des numéros non résidentiels (institutions, commerces, bureaux, etc.) et des numéros "hors strate". Le tableau 3.2 présente le rendement de cette première étape (ensemble de l'étude)[2] et ce pour chacune des régions.

---

1 Pour plus d'informations, voir le rapport du prétest produit par Som Inc. (1987a).

2 Sans tenir compte des deux étapes de cueillette.

3.4 STRATEGIE DU TERRAIN

TABLEAU 3.2

Validité des numéros de téléphone selon les régions (%) (Etapes 1 et 2)

Résultat obtenu	Région		
	Montréal (N=11731)	Québec (N=3018)	Reste du Québec (N=7037)
pas de service	9,7	12,6	30,4
ligne en dérangement	0,6	0,3	1,8
numéro non résidentiel	11,7	10,4	7,8
numéro hors strate	1,4	---	0,1
numéro valide	76,6	76,6	60,0

Dans le cas des numéros valides, l'interviewer devait tenter d'obtenir une entrevue. Dans un premier temps, il dressait la liste des personnes éligibles (dix-huit ans et plus) et choisissait ensuite, à partir de la grille de sélection proposée, la personne à interviewer. Le questionnaire de dépistage était alors soumis à ces personnes sélectionnées qui, selon le cas, pouvaient avoir à répondre ou non aux questionnaires (voir la section 3.3).

Les résultats obtenus pour la première étape de la cueillette sont reproduits au tableau 3.3. Ainsi, il y a eu pour l'ensemble du Québec 3,6% des cas qui n'ont pas été capables de répondre aux questionnaires (problème de langue, incapacité). Il n'y a eu aucun contact établi dans 10,3% des numéros valides et ce, même après quelque cinq tentatives; il y a eu refus de la part de l'interlocuteur du ménage (refus avant d'avoir pu déterminer la personne à interviewer) ou refus de la personne sélectionnée dans 15,8% des cas. Enfin, l'entrevue n'a pu être complétée dans 8,5% des cas, parce que la personne sélectionnée était absente ou autre. Ainsi, le taux de réponse obtenu pour cette première étape est de 61,8% pour l'ensemble du Québec.

3.4 STRATEGIE DU TERRAIN

Quant à la deuxième étape, il est difficile de déterminer un taux de réponse précis, du fait d'un important dépistage qui occulte le véritable taux de réponse. Mentionnons simplement que parmi les 15 520 numéros valides de cette deuxième phase, 1 111 ont permis de recueillir des informations sur l'une ou l'autre des trois situations cibles à l'étude.

TABLEAU 3.3

Résultats de la cueillette
pour les numéros de téléphones valides (%)
(Etape 1)

Résultats obtenus	Région		
	Montréal (N=1055)	Québec (N=146)	Reste du Québec (N=423)
non éligibles	---	---	0,2
pas de réponse	9,1	5,5	14,9
refus du ménage	9,9	7,5	4,3
refus de la personne sélectionnée	8,3	12,3	4,3
absence de la personne sélectionnée	9,2	4,8	3,3
problème de langue ou incapacité	4,5	1,4	2,4
questionnaire incomplet	1,0	2,1	1,2
entrevue complétée	58,0	66,4	69,5

3.5 PONDERATION DES DONNEES

Le modèle d'échantillonnage étant de type non proportionnel et la stratégie de cueillette des données ayant été basée sur des quotas à atteindre, il était nécessaire de pondérer les données recueillies, afin que chaque informateur puisse représenter adéquatement la portion de la population qu'il doit représenter. Cette pondération a été réalisée en deux temps.

D'abord, il a été nécessaire de redresser l'échantillon obtenu[1] en redonnant à chacun des répondants effectifs l'importance réelle qui doit le caractériser. Ainsi, à partir des taux de prévalence[2] de chacune des situations cibles établies par Som inc. (voir le tableau 3.4), nous avons pu estimer ce qu'aurait été le nombre de répondants réels, si la stratégie des quotas n'avait été adoptée (voir le tableau 3.5).

Ensuite, il a fallu procéder à la pondération proprement dite, de façon à redistribuer proportionnellement sur le territoire ces répondants. Partant alors des données du recensement 1981 fournies par Som inc. (voir le tableau 3.1), nous avons pu pondérer les données recueillies de la façon suivante:

$$W_i = W_i^1 \times P_i \times E_i$$

où: W_i = poids réel de l'informateur

W_i^1 = poids de l'informateur (selon le taux de prévalence)

---

1 Il est à noter qu'à l'étape 2 de la cueillette, on a rejeté un certain nombre de répondants qui souffraient de maux de dos ou vivaient en situation de monoparentalité, les quotas attendus étant atteints. De plus, on a rejeté tous les cas qui ne faisaient pas partie des populations cibles étudiées.

2 Les taux de prévalence ont été établis par le ratio entre le nombre de répondants aux grilles de dépistage qui correspondaient aux critères de définition de la situation sur le nombre de personnes incluses dans le dépistage (Som inc., 1987b, p.10).

3.5 PONDERATION DES DONNEES

P_i = proportion de la population propre à chacune des régions

E_i = nombre de personnes éligibles dans le ménage où l'informateur a été sélectionné

et arriver à la distribution présentée au tableau 3.6.

TABLEAU 3.4

Taux de prévalence (%) établis par Som inc.

Régions	Situations cibles		
	Personnes âgées	Maux de dos	Monoparentalité
Montréal-Métro	5,5	14,0	6,2
Québec-Métro	2,3	11,2	2,2
Reste du Québec	4,3	8,8	3,9

TABLEAU 3.5

Nombre de questionnaires complétés et pondérés (1er niveau de pondération)

Situation cible	Nombre de questionnaires complétés	Nombre de questionnaires après redressement
Personne âgée	501	501
Maux de dos	507	1 198
Monoparentalité	301	502
Ni l'une ni l'autre	805	8 606
TOTAL	2 114	10 807

3.5 PONDERATION DES DONNEES

TABLEAU 3.6

Résultats de la pondération

Situation cible	Questionnaires complétés		Effectif pondéré	
	N	%	N	%
Personne âgée	501	23,7	98	4,6[1]
Maux de dos	507	24,0	235	11,1
Monoparentalité	301	14,2	98	4,6
Aucun	805	38,1	1683	79,7
TOTAL	2114	100,0	2114[2]	100,0

1 En cours d'analyse, il sera question de 501 aidants d'un parent âgé en perte ou manque d'autonomie, de 507 répondants souffrant de maux de dos chroniques et de 301 chefs de famille monoparentale. Ces répondants correspondront, en fait, aux effectifs pondérés, tels que décrits précédemment.

2 Il est à noter que, par une telle pondération, le groupe des répondants qui n'appartiennent à aucune des trois situations cibles a été grandement augmenté. De cette façon, la base d'inférence est de 2114, soit le nombre de questionnaires complétés. Nous aurions pu privilégier une autre base d'inférence, qui aurait misé sur les répondants qui n'appartiennent à aucune des situations cibles à l'étude. Dans ce cas, la base d'inférence serait d'environ 1200 et aurait permis des estimations générales plus conservatrices. Cependant, il n'est pas sûr que ce dernier estimé soit plus précis ou meilleur que celui de 2114. En fait, les deux estimés sont des versions respectivement pessimiste et optimiste de la performance de l'échantillon, la vérité se trouvant probablement dans la zone intermédiaire.

3.6 DEGRE DE PRECISION DES DONNEES

Le niveau de précision des données obtenues s'établit à ±2,2% pour l'ensemble de la population québécoise dans le cas des résultats les plus hétérogènes. Pour chacune des situations cibles, il est de

± 4,9% répondants souffrant de maux de dos chroniques

± 5,0% aidants d'un parent âgé en perte ou en manque d'autonomie

± 6,1% chefs de famille monoparentale.

Selon Som inc.,

> "il s'agit là des marges d'erreur maximales au niveau de confiance de 95% pour des proportions estimées avec l'ensemble des répondants correspondant à chacune des situations cibles. Généralement, la marge d'erreur attendue est moindre pour des proportions qui ne sont pas uniformément de 50% dans chacune des strates. Cependant, pour des sous-ensembles de répondants à l'intérieur de chacune des populations cibles, la marge a évidemment tendance à s'accroître à mesure que la taille de l'échantillon s'amenuise." (Som inc., 1987b, p. 12)

3.7 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON[1]

Selon le tableau 3.7, notre échantillon de répondants est constitué d'un peu plus de femmes que d'hommes (53,5%/46,5%). L'âge moyen de nos répondants est de 39,5 ans: 16,9% de l'échantillon étant âgé de 18 à 24 ans et 9,1% de 65 ans et plus. Comme dans la population générale, les francophones[2] sont majoritaires au sein de notre échantillon (86,8%). Les répondants de notre échantillon ont en moyenne 12,1 années de scolarité et ont eu en 1986 un revenu familial[3] moyen de 31 675$. Selon ce même tableau, plus de la moitié, les répondants de notre échantillon sont propriétaires (60,4%).

Selon le tableau 3.8, 79,7% des hommes et 51,6% des femmes sont sur le marché du travail. Très peu d'hommes (1,5%) affirment ne pas avoir de travail rémunéré et se consacrer au travail domestique, contre 31,4% des femmes.

Le tableau 3.9 fournit les renseignements quant à la distribution selon la profession de chacun de nos répondants.

---

1 Il s'agit ici de l'échantillon pondéré qui représente la population du Québec et non pas de l'échantillon de départ qui suivait un modèle stratifié et non proportionnel.

2 Selon leur langue maternelle, c'est-à-dire la première langue apprise et encore comprise.

3 Dans ce rapport, le "revenu" doit toujours être entendu comme le "revenu familial".

3.7 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

TABLEAU 3.7

Distribution de l'échantillon total pondéré selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Sexe	N	%
masculin	983	46,5
féminin	1 130	53,5
Age	**N**	**%**
18 - 24 ans	356	16,9
25 - 34 ans	630	29,9
35 - 44 ans	454	21,6
45 - 54 ans	273	13,0
55 - 64 ans	199	9,5
65 ans et plus	193	9,1
Langue maternelle	**N**	**%**
français	1 831	86,8
anglais	180	8,5
autre	98	4,7
Lieu de naissance	**N**	**%**
au Québec	1 881	89,1
ailleurs au Canada	86	4,1
à l'extérieur du Canada	145	6,8
Scolarité	**N**	**%**
0 - 7 ans	278	13,2
8 - 12 ans	1 048	49,6
13, 14 ans	279	13,2
15 ans et plus	507	14,0

3.7 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

TABLEAU 3.7 (suite)

Propriétaire/locataire	N	%
propriétaire	1 217	60,4
locataire	787	39,1
autre	11	0,5
Présence d'enfants à la maison	**N**	**%**
de 0 à 4 ans	341	25,7[1]
de 5 à 11 ans	456	34,4
de 12 à 17 ans	354	26,7
de 18 ans et plus	332	25,0
Statut matrimonial	**N**	**%**
marié(e)	1 169	56,5
séparé(e)	58	2,8
divorcé(e)	108	5,2
veuf(ve)	110	5,3
célibataire	626	30,2

[1] Possibilité de plusieurs réponses.

TABLEAU 3.8

Distribution de l'échantillon
selon l'activité du répondant

Activités	Sexe	
	Masculin (N=973)	Féminin (N=1044)
sur le marché du travail	79,7	51,6
pas sur le marché du travail	20,3	48,4

3.7 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

TABLEAU 3.9

Distribution de l'échantillon
selon la profession

Profession	Sexe	
	Masculin (N=707)	Féminin (N=509)
administrateur(trice)	12,5	10,6
professionnel(le)	18,1	29,3
employé(e) de bureau	4,1	29,6
employé(e) dans la vente	11,6	7,5
employé(e) des services	6,7	14,0
employé(e) du secteur primaire	5,0	1,9
employé(e) de la transformation et de la fabrication	17,7	5,8
employé(e) de la construction	13,4	---
employé(e) des transports	8,2	1,1
employé(e) de la manutention	2,7	0,2

CHAPITRE IV

ATTITUDES ET COMPORTEMENTS EN MATIERE DE SANTE, DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

RESUME DES FAITS SAILLANTS DU CHAPITRE

1. Caractéristiques de santé

. La quasi-totalité des Québécois (95%)[1] décrivent leur état de santé comme très bon ou bon.

. La population québécoise et particulièrement les femmes rapportent faire plusieurs efforts pour maintenir de bonnes habitudes de vie.

2. Consommation de services

. L'an dernier, plus de 70% de la population sondée a eu un contact avec les services de santé publics, 20% ont utilisé des services présumément privés (de psychologie et de médecines douces) et 3% ont eu recours à des services sociaux.

. Les CLSC semblent des institutions bien implantées: près de 20% de la population y a eu recours l'an dernier. De plus, plusieurs personnes y feraient spontanément appel pour divers problèmes: délinquance chez un enfant, devoir placer un parent âgé.

. Les CLSC semblent attirer ou refouler des clientèles précises:

- les individus de 25 à 44 ans sont les plus nombreux à les fréquenter;
- les ménages gagnant plus de 60 000$ par année les fréquentent peu.

. Dans la ville de Québec, seulement 4,1% des répondants ont visité un CLSC l'an dernier.

. Près de 8% de la population a déjà consulté quelqu'un qui aide les gens au plan psychologique; plus de la moitié de ces personnes ont vu un psychologue. Le groupe des 25-44 ans est celui qui consulte le plus pour ces problèmes.

---

1. Dans ce résumé, les pourcentages sont arrondis. Les taux exacts se retrouvent dans le rapport.

. Près de 6% de la population a porté plainte pour des services du réseau; de ceux-là, 75% se déclarent insatisfaits de la façon dont on a traité leur plainte.

. Alors que près de 60% connaissent l'existence de groupes communautaires dans leur quartier, moins de 6% y ont fait appel l'an dernier.

. Près de 15% de la population a déjà consulté un praticien de médecines douces, plus de 11% des Québécois l'ont fait l'an dernier.

. La consultation en médecines douces varie selon le groupe d'origine; elle est de 15% chez les francophones, 9% chez les anglophones et de 5% chez les allophones. Les individus nés au Québec sont trois fois plus nombreux à avoir consulté que ceux qui sont nés ailleurs.

. Les médecines douces les plus couramment utilisées au Québec sont la chiropraxie et l'acupuncture. Toutes les pratiques alternatives sont surtout utilisées pour traiter des symptômes chroniques.

. Le médecin apparaît pour plusieurs comme la principale ressource à consulter pour des problèmes tels l'obésité, la dépression et l'alcoolisme. D'autres ressources sont mentionnées, mais il s'agit toujours d'individus (exceptionnellement le CLSC s'avère le seul organisme du réseau susceptible d'apporter réponse à ce genre de problème).

3. Opinions sur le système de santé et des services sociaux

. Près de 80% des Québécois sont satisfaits de leur système de santé.

. La difficulté à trouver une place en centre d'accueil pour une personne âgée est perçue par 90% de la population.

. Les personnes handicapées sont plus satisfaites des services qui leur sont offerts que ne le croit la population en général.

. L'accord pour une participation individuelle aux coûts du système est de 38% pour la visite chez le médecin, 27% pour la visite à l'urgence et de 18% pour l'hospitalisation. Ces taux coïncident avec ceux

observés il y a deux ans. Les taux d'accord varient nettement avec le revenu, passant de 29% chez ceux gagnant moins de 20 000$ à 63% chez ceux gagnant 60 000$ et plus pour la visite chez le médecin.

. Par rapport aux non-usagers, ceux qui ont eu recours récemment aux services du réseau sont moins prêts à envisager une dépense directe pour les services à l'urgence ou lors d'une hospitalisation.

. Plus de 75% de la population croit que le recours aux médecines douces est motivé par un échec de la médecine classique. Près de 80% croit que les gens y recourent pour éviter la consommation de médicaments.

. Plus de 70% affirme que le non-recours s'explique par la présence d'un trop grand nombre de charlatans parmi les thérapeutes alternatifs; plus de 50% croit également que la dépense associée est un facteur dissuasif.

4. Production de services par la population

. Près de 30% des Québécois pratiquent du bénévolat, principalement auprès des enfants ou adolescents et auprès des personnes âgées.

. Les bénévoles se retrouvent surtout chez les individus âgés de 35 à 44 ans, chez les plus instruits et chez les anglophones.

4.0 INTRODUCTION

Le chapitre IV rapporte les résultats décrivant les attitudes et comportements généraux des Québécois en matière de santé, de services de santé et de services sociaux (Bloc II de la présente enquête). Les quatre dimensions étudiées sont: des caractéristiques de santé du répondant, ses comportements de consommation, ses opinions sur le système de santé et des services sociaux et la production de services par le répondant. Rappelons que ce bloc de l'enquête poursuit trois buts:

(1) décrire certaines réalités générales d'intérêt pour les travaux de la Commission et non couvertes dans l'étude des situations cibles;

(2) recueillir des données pouvant être mises en relation avec des résultats de sondages antérieurs, permettant ainsi de tracer l'évolution, depuis 1970, de quelques comportements;

(3) tenter d'expliquer par certains facteurs quelques-unes des options de solutions privilégiées pour se tirer d'affaire dans l'une ou l'autre des situations cibles étudiées.

Dans ce chapitre, nous présenterons, pour chacune de ces quatre dimensions, les données recueillies dans notre enquête en les mettant en relation avec quelques données antérieures pertinentes[1].

---

1 Il est à noter que toutes les différences discutées dans ce chapitre ont été soumises à un test d'inférence (chi carré) et sont significatives à ≤,05.

4.1 CARACTERISTIQUES DE SANTE

Les caractéristiques de santé retenues pour l'enquête sont la perception de son état de santé, les incapacités physiques et sensorielles et les habitudes de vie.

4.1.1 Etat de santé perçu

Diverses études québécoises et canadiennes fournissent des données sur la perception de l'état de santé. En général, les répondants, dans une bonne proportion, se déclarent en bonne santé. Ainsi, en 1976, 45% des Québécois jugent leur santé "assez bonne" et 27%, "très bonne" (Bilodeau, 1976). Selon des données canadiennes, 25% de la population se dit en "excellente santé" (Lapierre, 1986; Canada, Santé et Bien-être social, 1987) alors que 36% estime sa santé très bonne et 27% bonne (Canada, Santé et Bien-être social, 1987) comparativement à d'autres personnes de leur âge. Nous mesurons la perception de son état de santé par deux questions. La première se rapporte à la perception de son état de santé relativement à l'état de santé des gens de son âge, selon la formule habituelle que l'on retrouve également dans des contextes non-américains (notamment l'enquête française du CREDOC reprise au Japon; Lebart, 1986). **Dans notre échantillon, 42,3% des répondants décrivent leur état de santé comme très bon, 52,1%, comme bon et 5,6%, comme mauvais ou très mauvais.** Les perceptions positives observées vont dans le sens des travaux antérieurs et sont même supérieures. Il est possible que ces résultats s'expliquent par la différence entre notre échelle et celle par exemple de Promotion Santé Canada. Dans cette dernière, l'auto-évaluation repose sur une échelle en cinq points (plutôt qu'en quatre): excellente, très bonne, bonne, moyenne et mauvaise, qui ne positionne pas les choix aussi nettement et a ainsi tendance à inciter la réponse vers les choix centraux.

Une deuxième question permet d'établir **le nombre de sujets qui se sont sentis malades (19,5%) ou se sont blessés (4,2%) au cours du dernier mois.**

4.1.2 Incapacités

Diverses statistiques sont rapportées sur la prévalence des incapacités dans la population, de même qu'il existe plusieurs modes de calcul pour les estimer. Selon des données canadiennes, 12,9% des individus âgés de 15 ans et plus

souffriraient d'incapacités physiques et sensorielles (excluant les maladies mentales) (Canada, Statistique Canada, 1984). Au Québec, ce taux est de 11,5%. Ces statistiques incluent des degrés d'incapacité variable (de très grave à relativement faible). Dans notre instrument, sept questions sont posées au répondant afin de déterminer ses éventuelles incapacités au plan auditif, visuel ou physique. Pour chaque type d'incapacité, une question critère vient délimiter l'importance de l'incapacité. Le répondant doit en effet préciser si son incapacité doit être compensée par une prothèse, une orthèse ou autre dans le cas des problèmes auditifs et physiques. L'importance des difficultés visuelles est estimée par la possibilité éventuelle d'obtenir ou non un permis de conduire avec la correction des verres correcteurs. L'estimé des handicaps obtenu est sévère; en effet, **le pourcentage de personnes handicapées devant compenser leur incapacité est de 3,5% dans notre échantillon**. Ce taux, fort différent de celui établi par Statistiques Canada, nous permet d'identifier par téléphone les individus handicapés souffrant d'incapacités importantes. Ce taux ne peut être considéré comme décrivant la population handicapée dans l'ensemble. Nous avons préféré imposer des critères stricts dans un sondage téléphonique, afin de pouvoir considérer les individus handicapés comme souffrant d'incapacités importantes.

4.1.3 Habitudes de vie

L'influence des habitudes de vie sur l'état de santé a intéressé récemment de nombreux chercheurs et planificateurs en matière de santé publique (Canada, Santé et Bien-être social, 1987; Kulbok, 1983; Williams et Wechsler, 1972). Aussi ont-elles fait l'objet de plusieurs enquêtes auprès de la population.

Dans la présente étude, le répondant devait dire dans quelle mesure il fait un effort pour équilibrer son alimentation, contrôler son poids, prendre suffisamment de sommeil et relaxer. Il devait également préciser s'il est fumeur ou non-fumeur. Ces cinq comportements regroupés constituent le "score global d'habitudes de vie". Nous avons également demandé aux répondants s'ils considèrent qu'ils font plus ou moins d'activité physique que les gens de leur âge et d'évaluer leur consommation approximative d'alcool au cours du dernier mois.

La moyenne des Québécois obtiennent un score global d'habitudes de vie de 3 sur un maximum de 5. Les répondants sont

nombreux à se préoccuper de plusieurs comportements, tel que l'indiquent les données suivantes:

- aucun effort : 6,0% de la population
- effort sur 1 comportement : 11,4%
- effort sur 2 comportements : 16,6%
- effort sur 3 comportements : 24,7%
- effort sur 4 comportements : 22,8%
- effort sur 5 comportements : 18,4%.

Il semble donc, qu'à tout le moins au plan des attitudes, la population québécoise ait entériné les valeurs préventives en santé.

Le tableau 4.1 présente de façon détaillée les pourcentages de répondants déclarant faire un effort relativement au poids, au sommeil, à l'alimentation et à la relaxation. Notons que 63,2% des répondants se déclarent non-fumeurs.

TABLEAU 4.1

Distribution des répondants selon l'effort déclaré pour maintenir diverses habitudes de vie (%)

	Equilibrer son alimentation (N=2110)	Contrôler son poids (N=2109)	Prendre suffisamment de sommeil (N=2110)	Relaxer (N=2108)
Tout à fait vrai	31,5	25,3	23,0	24,4
Plutôt vrai	38,0	24,0	35,2	38,0
Plutôt faux	14,0	15,9	16,7	17,7
Tout à fait faux	16,4	34,7	25,1	19,8

Il est intéressant de noter qu'au moins le quart des répondants disent faire des efforts particulièrement importants relativement à chacun de ces comportements de santé.

Avant d'examiner plus en détail les comportements de santé pour lesquels des données comparatives sont disponibles, considérons les trois habitudes suivantes: le contrôle du

poids, le nombre d'heures de sommeil et la relaxation. Ceux qui les mettent en pratique se distinguent-ils des autres?

Aucune différence n'est à signaler pour chacune des trois habitudes en ce qui concerne l'âge des répondants. Pour ce qui est de la relaxation, 63,1% des individus gagnant moins de 40 000$ disent faire un effort en ce sens, alors que ce taux est de 67,8% chez ceux qui gagnent au-dessus de ce montant.

Les différences les plus notables sont retrouvées entre les hommes et les femmes. Le tableau 4.2 rapporte les pourcentages d'hommes et de femmes déclarant faire un effort pour chacun des trois comportements considérés ici. Les Québécoises déclarent donc faire plus d'efforts que les Québécois sous ces rapports.

TABLEAU 4.2

Distribution des hommes et des femmes déclarant faire un effort pour maintenir certaines habitudes de vie (%)

	Sexe	
	Homme	Femme
Contrôler son poids	38,2 (980)[1]	59,0 (1128)
Prendre suffisamment de sommeil	50,6 (981)	64,9 (1129)
Relaxer	57,9 (980)	66,4 (1128)

[1] Base sur laquelle le pourcentage a été calculé.

Considérons maintenant les habitudes déclarées par nos répondants et pour lesquelles des comparaisons peuvent être établies avec d'autres études.

L'alimentation est une des habitudes de vie pour lesquelles la population québécoise et canadienne semble avoir fait beaucoup d'efforts récemment. En effet, une enquête réalisée en 1979 montre que des progrès ont été observés dans l'adoption des recommandations de la politique nutritionnelle du MSSS, spécifiquement en ce qui concerne la réduction des

matières grasses dans l'alimentation (Villeneuve et Charron, 1979). Interrogés sur la chose la plus importante faite au cours de la dernière année pour améliorer leur santé, les Canadiens ont répondu dans une proportion de 12% la pratique de meilleures habitudes alimentaires (Canada, Santé et Bien-être social, 1987). **La majorité des répondants de notre enquête (69,5%) disent faire un effort particulier pour équilibrer leur alimentation.** Le degré d'effort déclaré ne varie pas selon l'âge ou le revenu. Cependant, il s'avère encore une fois que **les femmes sont significativement plus nombreuses à dire faire des efforts que les hommes pour équilibrer leur alimentation. En effet, 60,3% des hommes font des efforts en ce sens, alors que c'est le cas de 77,6% des femmes.** Rappelons que Villeneuve et Charron (1979) avaient observé de meilleurs comportements alimentaires chez les femmes.

Des données tant canadiennes (Lapierre, 1986; Canada, Santé et Bien-être, 1987) que montréalaises (O'Laughlin, 1985) montrent qu'un peu plus de la moitié de la population est physiquement active. La proportion d'hommes et de femmes qui font de l'exercice au moins trois fois par semaine est comparable (respectivement 56% et 53%; Lapierre, 1986). Dans notre enquête, le répondant est invité à se comparer aux personnes de son âge quant au degré d'exercice physique qu'il pratique. Parmi nos répondants, **41,8% disent faire plus ou beaucoup plus d'exercice que les gens de leur âge, 27,7% déclarent en pratiquer autant et 30,4% disent en faire moins.** Une relation significative est évidemment observée entre le fait de pratiquer davantage d'exercice physique et la perception positive de sa santé.

La majorité des Canadiens consomment au moins une fois par année des boissons alcoolisées (81% en 1976, 84% en 1978; Canada, Santé et Bien-être social, 1981 et 82% en 1985; Canada, Santé et Bien-être social, 1987). Selon des données concernant la population montréalaise, 76% en consommerait au moins une fois par mois (O'Laughlin, 1985). Un pourcentage de 22,9 avait bu de 7 à 13 consommations au cours des sept derniers jours avant l'enquête (contre 22,3% selon des données canadiennes rapportées dans cette étude) alors que 17,8% en avait consommé 14 ou plus (contre 20,2% selon les mêmes sources). La même proportion de consommation globale est retrouvée dans notre enquête. En effet, **nos répondants consomment de l'alcool dans une proportion de 75,8% Au cours du dernier mois, 6,6% en ont consommé à tous les jours ou presque, 26,1% quelques fois par semaine et 67,2% quelques fois durant le mois.**

En 1978-79, 40% des adultes canadiens fumaient tous les jours. Les anciens fumeurs représentaient 25% de la popula-

tion (Canada, Santé et Bien-être social, 1981). Au Québec, le taux de fumeurs était de 47,3%. Une enquête montréalaise réalisée en 1985 montrait que 46% de la population fumait (O'Laughlin, 1985), alors que, selon des données datant de la même époque (Canada, Santé et Bien-être social, 1987), 30% des Canadiens sont des fumeurs réguliers et 4%, des fumeurs occasionnels. Ces dernières données coïncident avec les nôtres: 36,8% des Québécois seraient fumeurs. Parmi les non fumeurs, 40,7% sont des ex-fumeurs et 70% de ces derniers avaient déjà cessé de fumer avant 1985.

En résumé, les Québécois sont nombreux à déclarer faire des efforts pour maintenir de bonnes habitudes de vie. Les non-fumeurs sont majoritaires. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à dire faire des efforts pour équilibrer leur alimentation, contrôler leur poids, prendre suffisamment de sommeil et relaxer. Dans l'ensemble, les données recueillies dans la présente enquête concernant l'alimentation, l'activité physique, la consommation d'alcool et le tabagisme vont dans le sens des résultats observés dans des travaux antérieurs.

4.2 CONSOMMATION DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

Dans la présente enquête, nous nous sommes intéressés à des caractéristiques factuelles de consommation et à quelques tendances de consommation.

4.2.1 Caractéristiques factuelles de consommation

En établissant les caractéristiques factuelles de consommation de notre échantillon, nous poursuivions les objectifs suivants: connaître certaines caractéristiques de consommation du répondant afin de les relier à ses comportements étudiés au bloc III, étudier l'évolution de certaines caractéristiques établies précédemment et mesurer l'importance de certains phénomènes qui n'avaient pas (ou peu) été étudiés auparavant dans le contexte québécois.

De façon générale, les Québécois sont nombreux à utiliser les services de santé du réseau: 72,8% déclarent s'en être prévalus l'an dernier, que ce soit par une consultation médicale ou paramédicale dans un cabinet privé, dans un établissement du réseau ou à domicile. L'état de santé perçu est relié à la consommation de services du réseau: 65,7% des sujets décrivant leur état de santé comme "très bon" ont utilisé ces services, alors que c'est le cas de 75,8% des sujets au niveau de santé "bon" et de 87,8% des sujets qualifiant leur état de "mauvais" ou "très mauvais". Par ailleurs, les Québécois dont le score global d'habitudes de vie est inférieur à 3 ont utilisé ces services dans une proportion de 73,7%; tandis que 69,3% des répondants qui obtiennent un score de 3 à 5 y ont eu recours.

La population est nettement moins nombreuse (2,9%) à avoir recouru aux services sociaux (dans un CSS ou ailleurs). Par ailleurs, la majorité des services des psychologues et des praticiens des médecines douces ne sont pas assurés par le système. D'après nos données, 20,1% de la population a reçu de tels services et la très forte majorité de ces répondants ont dû débourser personnellement pour en bénéficier.

Dans les paragraphes suivants, nous examinerons de façon détaillée les caractéristiques de consommation de divers services de santé et des services sociaux.

4.2 CONSOMMATION DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

4.2.1.1 Consultation dans des établissements du réseau

Les résultats concernant la consultation dans des établissements du réseau (pour soi ou pour un enfant) au cours de l'année dernière sont les suivants:

- 19,1% ont fréquenté un CLSC
- 33,6% ont fréquenté une urgence d'hôpital
- 31,8% ont fréquenté une clinique d'hôpital
- 2,4% ont fréquenté un CSS.

Selon des données de 1985, 26% des femmes de l'échantillon et 28% des hommes avaient utilisé les services d'un CLSC au cours des douze derniers mois. Les répondants de milieu rural y recouraient davantage que les citadins dans une proportion de 30% contre 20% (Fédération des CLSC du Québec, 1986).

La fréquentation d'un CLSC à Montréal est de 17,4% et de 22,4% en région; mais seulement 4,1% des résidants de Québec auraient fréquenté un CLSC l'an dernier. Notons que le territoire de Québec n'a été que récemment couvert par des CLSC, des modules ou des équipes de secteur.

Les groupes d'âge les plus nombreux à fréquenter le CLSC sont les 25-34 ans (27,5%) et les 35-44 (22,6%). Chez les jeunes adultes (18-24 ans), la fréquentation est de 13,2%, chez les 45-54 ans, de 15,9% et passe finalement à environ 7,8% chez les plus de 55 ans.

La fréquentation du CLSC est reliée au revenu familial en ce sens que les ménages gagnant 60 000$ ou plus par année fréquentent le CLSC dans une proportion de 6,2% alors que dans les autres tranches de revenus, la fréquentation va de 21,1% à 27,1%.

La fréquentation d'une urgence d'hôpital se retrouve particulièrement chez les individus âgés entre 18 et 54 ans (variant entre 30,0 et 43,0%). Le groupe des 55-64 ans se rend beaucoup moins nombreux à l'urgence (12,7%), tout comme le groupe des personnes âgées de 65 ans ou plus (8,4%). Or, dans ces deux derniers groupes d'âge, les problèmes de santé sont susceptibles d'être plus fréquents. Ces données s'expliqueraient-elles du fait que les individus de 55 ans ou plus ont déjà identifié des ressources professionnelles, pour des problèmes par ailleurs généralement chroniques, et n'ont plus à passer par l'urgence d'un hôpital pour trouver de l'aide?

Il ne semble pas y avoir par ailleurs de relation significative entre la fréquentation de l'urgence et le revenu fami-

lial ou la provenance résidentielle (Montréal, Québec, autres régions).

Il convient de noter que le taux de fréquentation de cliniques d'hôpital nous semble relativement élevé, soit 31,8%. Il est possible que les répondants n'aient pas compris le terme au sens d'une clinique externe de l'hôpital ou l'aient également associé à des polycliniques ou même encore une fois à l'urgence même.

Une minorité de la population (2,4%) a fréquenté un CSS au cours de la dernière année. Grandmaison (1981) a montré que la clientèle principale du CSSMM provient de milieux défavorisés (79%). Nos données coïncident avec ce résultat. **Les répondants dont le revenu familial est inférieur à 20 000$ représentent 59,9% des répondants qui disent avoir fréquenté le CSS dans l'année. Dans la clientèle déclarée, se retrouvent autant d'individus ayant 12 ans ou moins de scolarité (54,4%) que d'individus ayant cumulé 13 années ou plus d'instruction (46,6%).** D'après Grand-Maison, les femmes constituent 56% de la clientèle du CSSMM; le même chiffre est observé au niveau de toute la province: **56,9% de ceux ayant fréquenté un CSS sont des femmes.** En ce qui concerne l'âge des usagers des CSS, les résultats de notre enquête sont intéressants: **5,2% des individus âgés de 18 à 24 ans ont fréquenté un CSS, alors que cette proportion varie de 0,3% (les 65 ans et plus) à 3,3% (35-44 ans) dans les autres catégories d'âge.** Ces taux sont basés sur un petit nombre d'usagers de CSS (n = 51), mais dénote l'importance que pourraient revêtir les services sociaux dans les premières années de vie adulte.

4.2.1.2 Consultation auprès de praticiens du réseau

Dans la population, la consultation <u>au cours du dernier mois</u> auprès de différents praticiens du réseau se chiffre de la façon suivante (entre parenthèses est indiqué le nombre moyen de visites de ceux qui ont consulté):

- omnipraticien :	26,3%	(1,5 fois)
- médecin spécialiste:	13,0%	(1,3 fois)
- physiothérapeute:	1,4%	(4,0 fois)
- travailleur social:	1,0%	(1,2 fois)
- ergothérapeute:	0,0%.	

Parmi ceux qui se sont sentis malades au cours du dernier mois (19,5%), environ la moitié (53,0%) ont consulté un médecin généraliste. Ce résultat coïncide avec des résultats antérieurs montrant que la moitié des Canadiens qui avaient

eu un problème de santé au cours des douze derniers mois avaient eu recours à des services de soins pour ces problèmes (Canada, Santé et Bien-être social, 1981). Par ailleurs, une proportion importante d'individus (19,8%) ne s'étant pas déclarés malades le mois dernier ont tout de même consulté un omnipraticien pendant cette période.

4.2.1.3 Prestations de soins de santé à domicile

La prestation de services médicaux ou infirmiers à domicile est un phénomène relativement marginal: **3,4% des répondants ont reçu la visite d'un médecin et 2,5% ont bénéficié à la maison de soins infirmiers** au cours de l'année antérieure.

4.2.1.4 Hospitalisation récente: soi-même ou un membre du ménage

Les répondants se disent nombreux (11,5%) à avoir été hospitalisés au cours de l'année antérieure ou à avoir un membre de leur ménage qui l'ait été (14,7%).

4.2.1.5 Consultation pour un problème psychologique

Parmi les répondants, **7,9% ont déjà consulté "quelqu'un qui aide les gens au plan psychologique"**. Ce taux de consultation se compare à d'autres données antérieures. En effet, Melanson-Ouellet et Pronovost (1980) montrent qu'en 1979, 9,4% des Québécois ont déjà consulté pour des problèmes "d'ordre mental ou émotif". Par ailleurs, parmi les usagers des CLSC, 10% ont consulté pour des problèmes de santé mentale (Fédération des CLSC du Québec, 1986). **Les professionnels consultés par ces individus se répartissent de la façon suivante:**

- **psychologue: 60,6%**
- **psychiatre: 23,1%**
- **travailleur social: 10,5%**
- **autres: 4,3%**
- **psychanalyste: 1,6%.**

Les données de Melanson-Ouellet et Pronovost (1980) montrent une répartition différente de la consultation pour problèmes "d'ordre mental ou émotif":

- médecin de famille: 53,0%

4.2 CONSOMMATION DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

- psychiatre: 47,0%
- psychologue: 29,0%
- travailleur social: 12,0%
- autre: 9,0%.

La place prépondérante du médecin de famille et du psychiatre n'est pas présente dans notre échantillon. La différence entre les deux résultats s'explique probablement parce que l'enquête du MSSS proposait les choix d'intervenants énumérés, alors que nous laissions la réponse ouverte.

La majorité dit avoir bénéficié de rencontres individuelles avec le thérapeute (86,8%), par rapport aux rencontres de groupe (3,6%) ou une combinaison des deux (9,6%).

D'après Melanson-Ouellet et Pronovost (1980), les principaux consommateurs de services ou soins psychologiques sont des femmes dans 78% des cas et des individus âgés entre 35 et 44 ans. Nos données montrent également une prépondérance significative des femmes **chez les usagers de services psychologiques: 67,3% sont des femmes et 32,7% sont des hommes. Dans la population, 10,0% des femmes ont déjà consulté pour problèmes psychologiques, c'est le cas de seulement 5,5% des hommes.**

Contrairement aux données rapportées par Melanson-Ouellet et Pronovost, **le groupe d'âge qui consulte le plus pour des problèmes psychologiques et celui des 25-44 ans** (avec un taux de consultation comparable chez les 25-34 et les 35-44 ans). L'importance de la consultation chez les jeunes semble tout à fait plausible puisqu'à l'urgence psychiatrique du Centre hospitalier Sacré-Coeur, le tiers des visites effectuées pendant un laps de temps de six mois avaient été faites par des bénéficiaires de moins de 30 ans (Blais et al., 1986).

La consultation pour problèmes psychologiques est surtout **située à Québec (11,6%) et à Montréal (10,7%), par rapport aux autres régions du Québec (5,3%).** La disponibilité des ressources dans les grands centres expliquent probablement en bonne partie ce résultat.

Chez les francophones et les anglophones, les taux de consultation sont comparables, respectivement: 8,2% et 7,1%. Les allophones sont moins nombreux à recourir à des services psychologiques, seulement 4,3% s'en prévalent.

Ajoutons qu'aucune différence significative n'apparaît par ailleurs en ce qui concerne le revenu et la consultation pour problèmes psychologiques.

4.2 CONSOMMATION DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

4.2.1.6 Plaintes portées pour des services de santé ou des services sociaux

Nous nous sommes intéressés à un comportement de consommation précis relativement au réseau: le fait de porter plainte pour des services de santé ou des services sociaux. **Une minorité des répondants a effectivement porté de telles plaintes, soit 5,7%. Ils les ont principalement adressées à l'établissement même (61,9%), puis à la Commission des Affaires sociales (9,8%), au CRSSS (8,8%, en principe le mécanisme officiel) et au Ministère de la Santé et des Services Sociaux (8,6%).** Notons que la prépondérance marquée de l'établissement comme destinataire peut laisser croire que la plainte pourrait dans certains cas en être restée à des formes préliminaires ou verbales; nous n'avons pas effectivement demandé si la plainte avait fait l'objet d'un message écrit.

Parmi ceux qui disent avoir porté plainte, **la majorité (75,3%) se déclarent insatisfaits, voire très insatisfaits de la façon dont on a traité leur plainte.** Or, nous verrons plus loin que 72,2% du total des répondants croient que "si les gens insatisfaits portaient plainte davantage, les services de santé et de services sociaux seraient grandement améliorés". La même proportion d'optimistes se retrouve chez ceux qui ont effectivement porté plainte: 71,7% sont d'accord avec l'impact potentiel des plaintes sur la qualité du système. Aucune relation n'est observée entre l'opinion sur cet impact potentiel et le degré de satisfaction quant à la façon dont on a traité la plainte.

Par ailleurs, il n'y a pas de relation significative entre le fait d'avoir déjà porté plainte et la perception que le système de santé du Québec est un des meilleurs au monde.

4.2.1.7 Appel aux groupes communautaires

Plus de la moitié des répondants (57,6%) connaissent dans leur quartier des groupes communautaires ou groupes de bénévoles pouvant venir en aide à des personnes en difficulté. Cependant, une minorité (5,8%) disent y avoir fait appel au cours de la dernière année.

4.2 CONSOMMATION DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

4.2.1.8 Consultation auprès de praticiens de médecines douces

a) Taux de recours à des thérapeutes alternatifs

Le taux de consultation antérieure auprès de praticiens de médecines douces dans la population québécoise est de 14,1%. Pour estimer cette consultation, nous avons défini dans la question le terme "médecines douces" de la façon suivante: "Etes-vous déjà allé(e) voir quelqu'un qui soigne ses patients avec des médecines douces, c'est-à-dire des médecines qui n'utilisent pas ou très peu les substances chimiques?" Cette définition est celle utilisée dans le sondage SOFRES de 1984 (voir Groupe de réflexion "Médecines différentes", 1986). Nous avons préféré le terme "médecines douces" à tous les autres synonymes disponibles parce que nos recherches ont montré qu'il s'agit encore de l'expression la plus usitée en la matière.

Cette question n'impose aucune limite temporelle, la consultation peut remonter à plusieurs années. **Par ailleurs, le taux de recours l'année précédente est de 11,4%: une différence peu importante (2,7%) par rapport au pourcentage de recours sans limite temporelle.**

Comparativement aux données internationales disponibles, le taux de recours aux thérapeutes alternatifs au Québec apparaît à prime abord peu élevé. Il convient cependant de ne pas considérer ce chiffre de façon absolue. En effet, contrairement à la situation dans plusieurs pays, d'Europe notamment, les médecins québécois sont très peu nombreux à inclure dans leur pratique des thérapies alternatives et ce n'est que très récemment que quelques-uns parmi eux se sont mis à pratiquer les médecines douces. Dans les pays où la population a accès à des médecins "alternatifs", il est vraisemblable que le taux de consultation en médecine douce, que ce soit auprès d'eux ou auprès de non-médecins, soit beaucoup plus élevé qu'au Québec où la population n'a pour ainsi dire accès qu'à des thérapeutes alternatifs non-médecins.

Scheder (1986) synthétise les résultats d'études portant sur les taux de recours à des thérapeutes alternatifs en France, en Suisse et aux Pays-Bas. Les taux de recours varient selon que les études regroupent les médecins et non-médecins, considèrent les non-médecins seulement ou les médecins uniquement. Le taux de recours (sans limite temporelle) auprès des médecins et non-médecins

est de 20% aux Pays-Bas (en 1981), 39% en Suisse (en 1983) et de 51% en France (en 1984). Un sondage français rapporte le taux de consultation en médecines douces auprès des médecins uniquement: 32% en 1981. Cette accessibilité aux médecins pratiquant les médecines douces (particulièrement l'homéopathie et l'acupuncture en France) explique donc en partie le taux de consultation en médecines douces très important en France et dans d'autres pays où la situation est similaire (et à l'opposé de la situation québécoise).

De leur côté, Donnelly, Spykerboer et Thong (1985) ont montré que 45% des familles de leur échantillon australien ayant un enfant asthmatique ont consulté à un moment donné (sans limite temporelle) un praticien de médecines douces, alors que 47% des familles sans enfant asthmatique l'ont fait. Ces taux se situent donc entre le 39% et le 51% de taux de consultation rapportés en Suisse et en France (en considérant les médecins et non-médecins).

Un sondage national réalisé en 1977 a montré qu'un Norvégien sur cinq a utilisé au moins une forme de traitement alternatif (Brusgaard et Efskind, 1977 cité dans Alver et Selberg, 1984). Cependant, Alver et Selberg ne distinguent pas dans les "formes thérapeutiques alternatives" le recours aux thérapeutes alternatifs du recours aux pratiques seules (sans praticien).

Dans leur étude américaine portant sur des patients arthritiques, Kronenfeld et Wasner (1982) observent que 36% des répondants ont vu un praticien alternatif comme un ostéopathe, un chiropraticien ou un guérisseur.

En résumé, les taux québécois de consultation en médecines douces (14,1% sans limite temporelle, 11,4% au cours de l'an dernier) semblent peu élevés comparativement aux taux internationaux mais relativement importants dans un contexte où à peu près seuls des non-médecins pratiquent des approches alternatives au Québec.

b) Caractéristiques des utilisateurs

Les résultats provenant d'autres pays et concernant le recours aux médecines douces montrent que les usagers ne présentent pas de caractéristiques socio-démographiques particulières. Synthétisant des résultats d'études faites en France, en Suisse et aux Pays-Bas, Scheder

(1986) conclut qu'aucune règle générale n'apparaît en ce qui concerne le sexe, l'âge, les couches sociales, les revenus ou le niveau d'instruction.

Dans leur étude portant sur des familles australiennes, Donnelly, Spykerboer et Thong (1985) ne constatent aucune différence significative dans le recours aux thérapies alternatives selon l'âge des parents, le statut matrimonial, l'origine ethnique, la scolarité et l'emploi. Ils en concluent que les familles où l'on consulte en médecines douces proviennent d'un large spectre de la communauté. L'étude de Kronenfeld et Wasner (1982) combine le recours aux pratiques (94% de l'échantillon) et aux praticiens alternatifs (36%). Leur analyse ne montre pas de différence dans la fréquence du recours aux traitements alternatifs et diverses variables indépendantes (âge, sexe, race, emplacement géographique, durée de la maladie).

Existe-t-il un portrait spécifique du Québécois qui consulte en médecines douces? Tout comme dans les études énumérées ci-haut, les usagers québécois ne présentent pas de caractéristiques bien particulières. Autant d'usagers québécois se retrouvent chez les femmes que chez les hommes, dans la population active que chez les "inactifs", chez les plus instruits que chez les moins instruits. Notons que la consultation (19,6%) est plus élevée chez les individus dont le revenu familial s'élève entre 40 000 et 59 999$ que dans les groupes de revenu inférieur (environ 13%) ou supérieur (14,5%). La consommation de médecines douces varie légèrement en fonction des âges, selon les taux suivants:

- 18-24 ans : 8,4%
- 25-34 ans : 11,7%
- 35-44 ans : 18,3%
- 45-54 ans : 17,0%
- 55-64 ans : 20,4%
- 65 ans et plus : 11,6%.

Comme le soulignait Scheder (1986), l'augmentation du taux de recours avec l'âge s'explique parce que plus on est âgé, plus on est susceptible d'avoir déjà consulté des thérapeutes alternatifs. De plus, les malaises et maladies, croissant avec l'âge, entraînent une plus grande possibilité de recours. Il est intéressant de constater que la consultation chez les personnes âgées est beaucoup moins élevée (probablement pour des raisons culturelles) et proche de celle des 18-24 ans (population moins attente de façon générale). Si l'on excepte

ces deux groupes extrêmes, le taux québécois de recours aux praticiens alternatifs passe de 14,1 à 15,7%.

La consultation est semblable à Montréal (14,2%), à Québec (11,4%) et dans les autres régions (14,5%). Une seule distinction intéressante apparaît: le taux de consultation est de 15,1% chez les francophones, de 8,9% chez les anglophones et de 5,4% chez les allophones. De plus, les individus nés au Québec ont déjà consulté un thérapeute alternatif dans une proportion de 15,2% alors que seulement 5,3% de ceux qui sont nés au Canada ou ailleurs y ont déjà eu recours.

Les usagers des médecines douces ne se distinguent pas par leur état de santé perçu. Le pourcentage d'usagers de médecines douces se compare dans chacun des trois groupes de santé perçus:

- très bonne : 12,5% d'usagers
- bonne : 15,3% d'usagers
- mauvaise : 15,4% d'usagers.

La pratique de bonnes habitudes de vie est reliée à la consultation en médecines douces: 10,8% des répondants déclarant faire un effort relativement à moins de trois comportements de santé ont consulté alors que ce taux est de 15,8% chez ceux dont le score d'habitudes de vie est de 3 ou plus.

Finalement, on retrouve un peu plus de consommateurs de services de santé du réseau chez les usagers de médecines douces (76,8%) que chez les non-usagers de ces pratiques (71,4%).

c) Médecines douces les plus fréquemment utilisées

Voici par ordre décroissant les taux de recours aux thérapies alternatives les plus courantes:

- chiropraticien	7,8%[1]
- acupuncteur	3,2%
- naturopathe	1,6%
- homéopathe	0,9%
- massothérapeute	0,7%
- praticien de la réflexologie	0,5%

1 Possibilité de plusieurs réponses.

- rebouteur/ramancheur 0,3%
- ostéopathe 0,3%.

Le nombre moyen de visites par utilisateur au cours de l'année dernière pour les trois médecines douces les plus populaires sont: 10,8 fois en chiropratique, 7,8 fois en acupuncture et 1,8 fois en naturopathie.

La chiropratique et l'acupuncture sont sans conteste les médecines douces les plus couramment utilisées au Québec.

Il est difficile de comparer ces préférences aux données internationales rapportées. En effet, comme le souligne Scheder (1986), le champ de pratique de chacune des médecines douces peut varier selon qu'elle est exercée en France, en Belgique, aux Pays-Bas, en Allemagne ou dans les pays scandinaves. Ainsi, le naturopathe peut, dans un pays, pratiquer aussi l'acupuncture et l'homéopathie, tandis que, dans un autre, l'acupuncture peut être réservée aux seuls médecins. Rappelons également, que dans certains de ces pays, la pratique des approches alternatives par les médecins est relativement beaucoup plus fréquente qu'en Amérique du Nord.

Scheder rapporte que, de façon générale, l'homéopathie et l'acupuncture sont les médecines douces préférées entre toutes, suivies de l'ostéopathie, de la chiropratique, de la naturopathie et du reboutage (pas nécessairement dans cet ordre). Donnely, Spykerboer et Thong (1985) observent dans leur échantillon que la médecine la plus fréquemment utilisée est la chiropratique, suivie de l'homéopathie et la naturopathie (classées ensemble parce que les répondants étaient incapables de les distinguer) et finalement de l'acupuncture.

Dans l'ensemble, les pratiques les plus utilisées au Québec se retrouvent également dans les listes des thérapies préférées ailleurs dans le monde. La pratique la plus courante au Québec, la chiropratique, se retrouve la plus courante en Australie, alors que la deuxième plus fréquente au Québec, l'acupuncture, est avec l'homéopathie la médecine douce préférée en Europe.

4.2 CONSOMMATION DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

d) Problèmes de santé faisant l'objet de consultations en médecines douces

Nous avons demandé aux usagers de médecines douces de préciser le problème pour lequel ils avaient vu l'un ou l'autre thérapeute alternatif. Les intervieweurs codifiaient les problèmes dans une des cinq grandes catégories suivantes: (1) les problèmes courants (par exemple: grippe, fatigue, obésité), (2) les symptômes chroniques (par exemple: douleurs ostéo-articulaires, problèmes digestifs, migraines, allergies), (3) les maladies graves (par exemple: cancer, problèmes cardiaques, sclérose en plaques), (4) les problèmes psychologiques ou psychosomatiques (par exemple: dépression, insomnie) et (5) la toxicomanie (tabac, alcool, drogue).

Les problèmes qui amènent les Québécois à consulter en médecines douces sont très nettement les symptômes chroniques, suivis de loin par les problèmes courants, quelle que soit la pratique alternative choisie.[1]

D'après le sondage français de SOFRES (1984), les symptômes chroniques et les "petites maladies courantes" sont les problèmes qui motivent le plus fréquemment (et à peu près également) la consultation en médecine douce. Scheder et coll. (1986) présentent une catégorisation différente des problèmes traités en médecines douces, mais les symptômes chroniques apparaissent nettement les plus fréquents. Ils posent par ailleurs une question importante: les usagers des médecines douces consultent-ils pour des problèmes psychiques et présentent-ils des faiblesses de ce côté? Dans leur échantillon, le taux de consultation en médecines douces pour problèmes psychologiques n'est pas négligeable comme dans nos données mais ils le qualifient de tout à fait comparable au taux de fréquentation pour ces problèmes en médecine classique. Par ailleurs, ils ont comparé l'ensemble des symptômes les plus fréquemment rapportés dans la consultation auprès (1) d'un non-médecin, (2) d'un médecin alternatif et (3) d'un médecin classique. Ils en concluent que les médecines douces n'attirent pas un type particulier de symptomatologie, comparativement aux autres modalités thérapeutiques disponibles. Les

---

1 Pour chaque type de pratique, les répondants précisaient le type de problème de santé vécu. En raison des nombres trop restreints dans la majorité des catégories, il est impossible de préciser ici des % de recours globaux pour chacune des catégories de problèmes.

données québécoises vont également dans ce sens: les symptômes chroniques et les problèmes courants sont les principales sources de consultation en médecine officielle.

e) Efficacité perçue

Les usagers des médecines douces sont très positifs quant à l'efficacité des thérapies alternatives pour soulager ou guérir leurs problèmes de santé. Le tableau 4.3 présente les taux d'efficacité rapportés par les usagers de l'acupuncture, de la chiropratique et de la naturopathie qui chacune a été utilisée par plus de 1,5% de la population québécoise. Le tableau distingue deux degrés d'efficacité perçue et montre ainsi le très haut niveau de satisfaction des usagers. Notons que pour les autres médecines douces qui ne touchent qu'une fraction de la population, les taux d'efficacité rapportés sont également très élevés dans l'ensemble.

L'enquête française de SOFRES 1985 rapporte un niveau de satisfaction élevée quant à l'efficacité des médecines douces:

> "pour les petites maladies, 70% des personnes interrogées considèrent ces thérapeutes efficaces. Pour les symptômes chroniques, l'indice de satisfaction est également remarquable: 65%. Il est moins bon pour les comportements nocifs (34%) et franchement mauvais pour les maladies graves (9%)." (Groupe de réflexion "Médecines différentes", 1986, p. 156)

Les usagers québécois recourent aux médecines douces essentiellement pour deux des cinq catégories de problèmes mentionnées: les symptômes chroniques et les problèmes de santé courants. Les taux d'efficacité observés se comparent aux taux français rapportés, tout en étant légèrement plus élevés (acupuncture: 69,9%; chiropratique: 74,7%: naturopathie: 76,2%). Puisque le recours aux médecines douces est moins répandu et moins ancré au Québec qu'en France, il est possible qu'un effet de nouveauté se produise chez les usagers québécois: les aspects positifs pourraient être perçus comme encore plus positifs.

4.2 CONSOMMATION DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

TABLEAU 4.3

Perception de l'efficacité de trois pratiques alternatives d'après leurs usagers (%)

Efficacité perçue	Acupuncture (N=65)	Chiropratique (N=166)	Naturopathie (N=28)
Très efficace	38,2	40,4	18,1
Efficace	31,7	34,3	58,1
Inefficace	30,1	25,3	23,8

4.2.2 Tendances de consommation

Nous venons d'examiner huit caractéristiques de consommation factuelle: la consultation dans des établissements du réseau, la consultation auprès de praticiens du réseau, la prestation de soins de santé à domicile, l'hospitalisation récente, la consultation pour un problème psychologique, les plaintes portées pour des services du réseau, l'appel aux groupes communautaires et la consultation en médecines douces. Nous avons par ailleurs cherché à établir quelques tendances de consommation afin de déterminer vers quelles ressources se tourneraient les répondants s'ils étaient éventuellement aux prises avec un problème précis. Cela dans le but de mettre en lumière certains aspects de la connaissance et de la perception des Québécois envers leur système de santé et de services sociaux.

Le répondant était tout d'abord invité à dire qui ou quel organisme pourrait le plus l'aider s'il avait à régler chacun des problèmes suivants: délinquance chez un enfant, obésité, problème d'alcool pour soi ou un membre de la famille, dépression. Le choix des réponses était laissé tout à fait libre. Voyons vers qui se tournerait la population dans chacune de ces situations.

Le tableau 4.4 rapporte les choix désignés par les répondants pour chacun des problèmes.

4.2 CONSOMMATION DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

TABLEAU 4.4

Pourcentage des répondants qui se dirigeraient vers l'une ou l'autre ressource advenant un des problèmes considérés

Ressource[1]	Délinquance (N=2113)	Obésité (N=2113)	Alcool (N=2113)	Dépression (N=2113)
Médecin		45,3	14,0	40,8
Psychologue	12,0			32,7
Travailleur social	22,6			
CLSC	14,7			
Groupes communautaires			62,9	
Secteur privé		13,3		
Autres	50,7	41,4	23,1	26,5

[1] Sont mentionnées ici uniquement les ressources désignées par au moins 10% des répondants.

Le médecin apparaît comme la ressource première pour l'obésité (45,3%) et la dépression (40,8%). Probablement en grande partie en raison de l'action bien connue des Alcooliques Anonymes, 62,9% des répondants se tourneraient vers les groupes communautaires s'ils étaient aux prises avec un problème d'alcool. Le médecin est ici choisi par 14,0% de l'échantillon. Le travailleur social est désigné par 22,6% relativement au problème de délinquance; ce taux est suivi d'assez près: 14,7% de la population s'adresseraient à un CLSC et 12,0% iraient consulter un psychologue. Le psychologue suit également de près le médecin comme choix désigné pour les problèmes de dépression (32,7%). Enfin, le secteur privé est perçu comme la meilleure ressource pour 13,3% de l'échantillon pour les problèmes d'obésité; les répondants songent ici aux groupes tel "Weight Watchers".

Il est intéressant de noter que dans l'ensemble les répondants privilégient des individus par rapport à des organismes. Ainsi, alors que 22,6% désignent le travailleur social, seulement 4,5% mentionnent le CSS comme meilleure source d'aide. Les travailleurs sociaux sont évidemment plus accessibles qu'un CSS puisqu'ils sont en poste dans divers points de service (CLSC, écoles, ...). De la même façon, les

groupes comme Weight Watchers et les Alcooliques Anonymes ont une action connue dans le milieu et semblent relativement accessibles. Il est également très possible que ceux qui s'orienteraient vers le médecin en cas de problème d'alcool le feraient d'abord parce que le médecin est une ressource connue, accessible, pouvant pour certains apporter remède à tous les maux ou constituant pour d'autres une porte d'entrée vers des services plus spécialisés. Les ressources en milieu scolaire ou de travail ne sont pas mentionnées, alors que certains programmes ou formes d'aide pourraient vraisemblablement y être trouvés, en particulier en ce qui concerne la délinquance et les problèmes d'alcool. Notons que le seul organisme du réseau à être désigné par plus de 10% des répondants est le CLSC, ce qui apparaît cohérent avec sa mission d'ouverture sur le milieu.

Dans une autre question, le répondant devait dire où il s'adresserait si un de ses parents devait être placé en centre d'accueil: 31,1% des répondants désignent le CLSC, suivis de 21,4% mentionnant le médecin, 9,9% le travailleur social, 9,7% le CSS et 3,8%, l'hôpital. Encore une fois, les choix apparemment les plus accessibles sont privilégiés le CLSC et le médecin qui pourront les diriger vers le CSS, la solution en définitive la plus efficace, parce que décisive. Ces choix seront plus loin mis en relation avec les comportements réels des individus ayant eu à faire entrer un parent âgé en institution (bloc III A).

4.3 OPINIONS SUR LE SYSTEME DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

Plusieurs études, réalisées en grande partie par ou pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux, ont recueilli les opinions des Québécois sur le système en place. Dans la présente enquête, nous avons repris quelques-unes des questions déjà posées à la population, mais nous en avons posé plusieurs qui ne semblent pas avoir été investiguées précédemment dans un contexte semblable (d'après l'inventaire établi). Quelques-unes de ces questions ont été posées dans le but spécifique de comparer des perceptions de la population générale à des opinions d'individus aux prises avec l'un ou l'autre des problèmes cibles du bloc III. Les thèmes abordés dans ces questions d'opinion sont: (1) la qualité du système, (2) les besoins de certains groupes cibles, (3) la participation individuelle aux coûts et (4) les raisons perçues du recours aux médecines douces.

4.3.1 Qualité du système

La forte majorité des répondants se dit tout à fait d'accord (34,0%) ou plutôt d'accord (45,4%) avec l'énoncé suivant: **"Le système de santé que nous avons au Québec est un des meilleurs au monde".** Par ailleurs, comme il a déjà été mentionné, 72,2% croient que "si les gens insatisfaits portaient plainte davantage, les services de santé et les services sociaux seraient grandement améliorés. Aucune relation n'existe entre la perception de la qualité du système et l'opinion sur l'impact des plaintes.

4.3.2 Besoins de certains groupes cibles

Quelques opinions ont été sondées relativement aux besoins spécifiques des personnes âgées. **Interrogés sur le degré de facilité/difficulté à trouver une place en centre d'accueil pour une personne âgée, 36,9% des répondants disent que c'est plutôt difficile et 52,5% que c'est très difficile.** Cette perception est depuis une dizaine d'années très répandue. En 1976, interrogée sur les dépenses gouvernementales à allouer, 42,3% de la population priorisait le développement de foyers pour les personnes âgées, alors que la deuxième priorité, le développement des hôpitaux n'était priorisé que par 19,2% de la population (Bilodeau, 1976). En 1978, 83% de la population croit qu'il est difficile ou très difficile de trouver un endroit pour loger les personnes âgées à leur sortie de l'hôpital (Gagné, 1978). En 1983, 49% privilégient une

augmentation de budget pour l'hébergement ou l'institutionnalisation des personnes âgées (Bellware et Roberge, 1983). Les personnes âgées se montrent inquiètes: dans une étude auprès de celles vivant à domicile, on a trouvé que 8% d'entre elles ont fait une demande d'entrée de façon préventive en centre d'accueil pour pouvoir obtenir une place le moment venu et que 9% d'entre elles songeaient à faire cette démarche pour la même raison (Therrien et Bouchard, 1983).

Les répondants se sont également prononcés sur **le bien-fondé d'une certaine forme d'allocation gouvernementale aux personnes qui gardent chez elles un parent âgé: 75,9% se montrent d'accord.**

A la question "quelle devrait être la priorité: (1) développer des services de santé et des services sociaux pour les 65 ans et plus ou (2) développer des services de santé et des services sociaux pour les moins de 30 ans, la majorité (60,2%) choisit la première occurrence, alors que 29,0% insiste pour déclarer l'importance égale des deux. Seulement 10,8% ont donc désigné les jeunes comme groupe prioritaire. Notons que les groupes des 18-34 ans et des 35 ans et plus énoncent leurs priorités dans des proportions comparables. Les jeunes sont légèrement (et significativement) plus nombreux à privilégier les services aux moins de 30 ans (12,8%) par rapport aux individus âgés de plus de 35 ans (8,9%). De même, les 35 ans et plus privilégient un peu plus les services aux aînés (62,7%) que ne le font les plus jeunes (59,1%). Cependant, la priorité demeure nettement accordée aux personnes âgées dans les deux groupes. Il est possible que ces choix reflètent bien la perception de la population; en plus des principales intéressées, les personnes âgées, les individus de plus de 35 ans sont probablement également fort préoccupés par les possibilités éventuelles d'hébergement pour leurs parents. Par contre, soulignons que les formulations concernant la priorité était identique pour les jeunes et pour les personnes âgées. Or, les jeunes ont certes moins besoin de services de santé que de services sociaux ou d'aide à la création d'emplois. Dans cette veine, les Québécois se sont déjà prononcés sur le caractère suffisant de l'aide apportée aux jeunes chômeurs: 67,8% de la population pense que le gouvernement n'en fait pas assez; 27,1% qu'il en fait assez et 5,1% qu'il en fait trop (DesRochers, éd., 1985). La formulation plus cohérente avec les besoins des aînés pouvait donc favoriser le choix des personnes âgées. De plus, la question de priorité a été malencontreusement insérée après deux questions rappelant la difficulté de trouver des places d'hébergement pour les personnes âgées. Pour ces raisons, **il faut considérer avec beaucoup de prudence ce résultat concernant la priorité accordée aux personnes âgées plutôt qu'aux jeunes.**

4.3 OPINIONS SUR LE SYSTEME DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

La majorité des répondants (79,7%) est d'accord pour dire que notre "système de santé répond très bien aux besoins des jeunes adultes de 18-30 ans". Ce résultat semble confirmer la priorité accordée, mais notons encore une fois que l'opinion est ici mesurée en rapport avec le système de santé et non en relation avec les problèmes de chômage, de dépression, de suicide ou encore de maladies transmissibles sexuellement.

En ce qui concerne les personnes handicapées, 76,1% des répondants sont d'accord pour affirmer que notre système de santé répond très bien à leurs besoins.

La comparaison de l'opinion des personnes handicapées par rapport aux autres est intéressante: 83,6% d'entre elles sont positives, alors que seulement 65,4% des personnes non handicapées partagent cette opinion. Le nombre de personnes handicapées dans l'échantillon est réduit (n = 59); nous avons quand même examiné la possibilité que leur perception varie selon l'endroit où ils vivent. Aucune différence dans les perceptions des personnes handicapées n'apparaît selon qu'ils vivent à Montréal, à Québec ou ailleurs. Précisons toutefois que les effectifs dans chaque sous-groupe sont restreints (respectivement 30, 21 et 8).

Le gouvernement aide-t-il suffisamment les chefs de famille monoparentale? Plus de la moitié de la population croit que non: 29,4% se disent plutôt en désaccord et 25,1% tout à fait en désaccord avec l'assertion proposée. En 1985, DesRochers observait un taux plus élevé: près du trois quarts de la population (71,5%) considérait que le gouvernement n'en faisait pas assez pour les chefs de ces familles.

Les chefs de famille monoparentale sont évidemment majoritairement en désaccord (77,9%) avec l'affirmation sur la suffisance de l'aide gouvernementale à leur égard, comparativement à un taux de désaccord de 53,1% chez ceux qui ne sont pas chef de famille monoparentale.

Les répondants ont eu à se prononcer sur les inégalités sociales relativement à l'obtention de traitements. **Leurs opinions se répartissent dans l'ensemble presque également dans les quatre degrés de l'échelle:**

- **19,7% sont tout à fait d'accord**
- **28,6% sont plutôt d'accord**
- **28,2% sont plutôt en désaccord**
- **23,5% sont tout à fait en désaccord**

avec l'assertion suivante "Pour les Québécois qui n'ont pas d'argent, il est très difficile d'obtenir tous les traitements nécessaires pour guérir".

4.3 OPINIONS SUR LE SYSTEME DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

Des différences importantes apparaissent cependant si l'on considère le revenu: 61% de ceux qui gagnent moins de 20 000$ par année se disent en accord avec l'allégation, alors que ce taux varie de 30,6% (pour un revenu de 60 000$ et plus) à 40,4% (pour un revenu variant entre 20 000 à 39 999$).

4.3.3 Participation individuelle aux coûts du système

Le thème de la participation financière directe du patient aux frais des services reçus a été étudié à quelques reprises. En 1978, 34% de la population (surtout chez les anglophones et les plus scolarisés) est d'accord avec l'idée d'un ticket modérateur (Melanson-Ouellet, 1978). En 1982, 32% est d'accord pour payer un certain montant chez le médecin (Tarte, 1984). Dans un sondage OMNIBUS réalisé en 1985, Contandriopoulos et Tessier ont posé la question suivante: "Selon vous, le patient devrait-il payer directement une partie du coût des services quand (1) il va chez le médecin, (2) il va à l'urgence, (3) il est hospitalisé?". Nous avons repris exactement le libellé de cette question. Nos résultats et ceux de Contandriopoulos et Tessier coïncident parfaitement, comme l'indique le tableau 4.5.

TABLEAU 4.5

Distribution des répondants d'accord pour contribuer directement au coût de trois services de santé (%)

Services	GRASP (1987)	Contandriopoulos et Tessier (1985)
Visite chez le médecin	37,7 (1961)[1]	36,0
Visite à l'urgence	27,4 (1977)	26,0
Hospitalisation	18,5 (1986)	19,0

[1] Base sur laquelle le pourcentage a été calculé.

La relation entre le revenu et l'accord pour une contribution au coût des services est très nette comme le lecteur peut le constater au tableau 4.6. **Plus le revenu est élevé, plus le**

taux d'accord croît. Ce résultat coïncide exactement avec le résultat observé par Contandriopoulos et Tessier.

TABLEAU 4.6

Distribution des répondants d'accord pour contribuer directement au coût de trois services de santé selon le revenu (%)

	Visite chez le médecin	Services à l'urgence	Hospitalisation
19 999$ et moins	28,9 (426)[1]	21,5 (433)	14,3 (435)
20 000$ à 39 999$	36,1 (580)	27,0 (584)	14,9 (588)
40 000$ à 59 999$	45,5 (306)	30,2 (309)	24,1 (313)
60 000$ et plus	63,3 (144)	54,4 (139)	28,3 (145)

[1] Base sur laquelle le pourcentage a été calculé.

Aucune relation nette n'apparaît entre la scolarité et le degré d'accord pour une contribution (dans l'un ou l'autre des trois cas). Contandriopoulos et Tessier rapportent de leur côté que ceux qui détiennent le plus haut degré de scolarité constituent le groupe le plus en faveur d'un paiement direct. C'est également ce qu'observait Melanson-Ouellet en 1978.

Contandriopoulos et Tessier concluent également que l'acceptation augmente de façon générale avec **l'âge.** Comme l'indique le tableau 4.7, **la croissance de l'acceptation n'est pas parfaitement linéaire dans notre enquête.** L'effet de l'âge pourrait fort bien en réalité être associé au revenu.

Aucune différence n'est observée selon le lieu de résidence (Montréal, Québec, autres régions).

Melanson-Ouellet (1978) avait observé que les anglophones acceptaient davantage l'idée du ticket modérateur que les francophones. L'inverse se produit dans notre enquête: **les francophones sont plus favorables que les anglophones à une**

contribution directe au coût lors d'une visite chez le médecin ou à l'urgence. Les anglophones sont plus favorables que les francophones dans le cas de l'hospitalisation. Le tableau 4.8 présente ces résultats.

En ce qui concerne la participation directe aux coûts, l'opinion de ceux qui détiennent une assurance personnelle pour couvrir les médicaments, frais d'hospitalisation ou autres soins de santé (représentant 56,3% de la population) ressemble à celle des Québécois qui ne sont pas couverts par une telle protection (43,7%), sauf pour le paiement de services reçus à l'urgence. En effet, 31,9% des assurés contre 21,4% des non-assurés sont d'accord pour contribuer directement aux frais pour ces soins.

Quelle est l'opinion des individus (72,8% de la population) déclarant avoir utilisé l'une ou l'autre des ressources du réseau l'an dernier? En ce qui concerne la visite chez le médecin, ils partagent la même opinion que les non-usagers, mais leur point de vue diverge quant aux services à l'urgence et à l'hospitalisation, tel que les pourcentages rapportés au tableau 4.9 l'indiquent. Ceux qui ont besoin des services du réseau sont donc moins prêts à envisager une dépense directe dans ces deux dernières situations.

TABLEAU 4.7

Distribution des répondants d'accord pour contribuer directement au coût de trois services de santé selon l'âge (%)

	Visite chez le médecin	Services à l'urgence	Hospitalisation
18-24 ans	27,3 (333)[1]	15,6 (337)	20,8 (335)
25-34 ans	35,2 (594)	26,9 (600)	17,4 (609)
35-44 ans	40,3 (437)	28,6 (440)	16,6 (433)
45-54 ans	48,7 (252)	37,2 (249)	22,2 (258)
55-64 ans	32,2 (184)	25,9 (183)	15,6 (183)
65 ans et plus	51,6 (157)	36,6 (164)	19,9 (164)

[1] Base sur laquelle le pourcentage a été calculé.

4.3 OPINIONS SUR LE SYSTEME DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

TABLEAU 4.8

Distribution des répondants d'accord pour contribuer directement au coût de trois services de santé selon la langue maternelle (%)

	Langue maternelle		
	Francophones	Anglophones	Allophones
Visite chez le médecin	39,2 (1700)[1]	27,8 (170)	27,2 (91)
Services à l'urgence	29,1 (1719)	18,9 (169)	10,1 (89)
Hospitalisation	18,1 (1725)	26,8 (169)	9,9 (91)

[1] Base sur laquelle le pourcentage a été calculé.

TABLEAU 4.9

Distribution des répondants d'accord pour contribuer directement au coût de trois services de santé selon qu'ils sont usagers ou non des services du réseau (%)

	Usagers	Non-usagers
Visite chez le médecin	37,6 (1411)[1]	38,1 (553)
Services à l'urgence	26,1 (1425)	30,6 (556)
Hospitalisation	16,7 (1441)	23,4 (548)

[1] Base sur laquelle le pourcentage a été calculé.

L'opinion quant à la contribution varie-t-elle selon les habitudes de santé de l'indivudu? La réponse est positive, mais seulement en ce qui concerne la visite au médecin: ceux qui ont un score d'habitudes de santé inférieure à 3 sont d'accord à 43,1% avec l'idée d'une contribution directe, alors que ceux qui s'efforcent de maintenir de bonnes habi-

4.3 OPINIONS SUR LE SYSTEME DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

tudes ne sont d'accord qu'à 34,9%. Or, rappelons que ceux qui ont un score global de 3 ou plus pour les habitudes de santé utilisent moins les services du réseau (69,3% contre 73,7%). Il semble que ces individus valorisent davantage la santé et l'accès universel et gratuit aux services médicaux.

4.3.4 Raisons perçues du recours aux médecines douces

Les données factuelles sur les motivations des utilisateurs de médecines douces sont réduites. La première question qui vient à l'esprit à ce sujet est la suivante: les utilisateurs ont-ils eu recours aux thérapies alternatives à la suite d'une insatisfaction face à la médecine classique? Les quelques éléments de réponses ne vont pas tous dans le même sens. Pour leur part, Scheder et coll. (1986) observent que les répondants qui se tournent vers les médecines douces l'ont fait en grande partie parce que la médecine classique n'aurait pas répondu à un problème précis.

Les résultats de Donnelly, Spykerboer et Thong (1985) les portent à croire de leur côté, que l'insatisfaction face à la médecine orthodoxe n'influence pas le recours à la médecine alternative. Ils rapportent que la majorité des familles satisfaites de la médecine officielle étaient également satisfaites des médecines douces et que seulement 2,7% des insatisfaits de la médecine orthodoxe étaient satisfaits de la médecine alternative. Regroupant les usagers comme les non-usagers, le sondage SOFRES 1984 (voir Groupe de réflexion "Médecines différentes", 1986) rapporte que 40% de la population croit que "On se soigne par les médecines douces quand on n'a pas réussi à guérir avec la médecine classique".

Nous nous sommes inspirés de ce dernier sondage et avons demandé aux répondants s'ils sont d'accord avec l'énoncé suivant: **"Les gens vont voir des individus qui soignent avec des médecines douces, parce qu'ils n'ont pas réussi à guérir avec la médecine ordinaire". La forte majorité de la population (77,2%) est d'accord avec cette affirmation.**

Les usagers des médecines douces sont encore plus nombreux (85,8%) à le croire que les non-usagers (75,6%). Cette différence significative va dans le même sens que l'étude suisse de Scheder et coll. et le sondage français de SOFRES.

Le sondage SOFRES 1984 rapporte également que les répondants (usagers et non-usagers combinés) croient que "les gens ne se soignent pas par les médecines douces" parce qu'il y a "trop de charlatans qui les pratiquent (39%) et parce qu'elles "coûtent trop cher" (13%).

4.3 OPINIONS SUR LE SYSTEME DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

Nous avons aussi posé ces deux questions. Relativement aux charlatans, **71,5% de la population québécoise est d'accord pour affirmer que les gens ne consultent pas les praticiens de médecines douces parce qu'il y trop de charlatans parmi eux.** La grande différence observée ici entre les taux français et québécois (et antérieurement en ce qui regarde l'échec de la médecine classique) s'explique certainement du fait qu'en France, comme en d'autres pays européens, plusieurs médecins diplômés pratiquent les médecines douces.

Les usagers des médecines douces sont significativement moins nombreux (59,5%) que les non-usagers (73,5%) à croire que la peur des charlatans réfrène la consultation des thérapeutes alternatifs. Les usagers émettent-ils leur opinion en se basant sur l'univers des thérapeutes qu'ils connaissent -et qu'ils ne peuvent percevoir comme des charlatans- ou les non-usagers manifestent-ils une crainte particulière qui les empêche de consulter en médecines douces? Il est probable que les deux possibilités jouent dans ces perceptions différentielles.

Nous avons modifié la question de SOFRES concernant le coût trop élevé des médecines douces pour le libellé suivant: "**Les gens ne vont pas voir des individus qui soignent avec des médecines douces parce qu'ils doivent payer quelque chose**". Cette formulation était plus congruente avec la réalité québécoise puisque les soins en médecine classique sont gratuits. **La moitié (53,5%) de la population est d'accord avec cette affirmation.**

Encore ici, une différence significative est observée entre les usagers et les non-usagers: **63,9% des usagers perçoivent que le coût réfrène la consultation générale, alors que 51,4% des non-usagers partagent cette opinion. En d'autres termes, les usagers croient que c'est surtout la dépense qui dissuade les non-usagers, alors que ces derniers perçoivent la peur des charlatans comme premier facteur dissuasif.**

Enfin, nous avons demandé aux répondants s'ils croient que **les gens consultent en médecines douces pour éviter de prendre des médicaments; 79,5% l'affirment.** SOFRES ne posait pas cette question précise, mais de quelques-unes de leurs questions, il se dégage nettement que le caractère naturel, moins invasif et moins potentiellement iatrogène constitue la motivation essentielle de la consultation en médecine douce, avant l'insatisfaction envers la médecine classique. Cette tendance se reflète ici dans le désir d'éviter la pharmacopée. Il est intéressant de constater qu'il s'agit là de la **seule opinion concernant les pratiques alternatives partagée également par les usagers (80,0%) et les non-usagers (79,9%) des médecines douces.**

4.4 PRODUCTION DE SERVICES PAR LE REPONDANT

Les Québécois sont très nombreux (26,9% au total) à pratiquer du bénévolat: 14,1% déclarent en faire auprès des personnes âgées, 15,2% auprès des enfants et adolescents, 6,4% auprès des personnes handicapées et 8,2% auprès d'autres groupes de personnes.

Les bénévoles représentent au Québec 28,7% des hommes et 25,4% des femmes. Autant de personnes pratiquent du bénévolat chez les actifs (27,6%) que chez les inactifs (25,1%).

Le groupe des 35-44 ans compte le plus de bénévoles (33,6%), tandis que celui des personnes âgées en dénombre le moins (19,9%). Ceux qui ont le degré de scolarité le plus élevé (33,7%) sont également les plus nombreux à faire du bénévolat. Les anglophones sont les plus nombreux à dire pratiquer du bénévolat: 38,0%, alors que ce taux est de 26,7% chez les francophones et de 11,3% chez les allophones.

La majorité des bénévoles portent leur action sur un seul groupe de personnes, mais plusieurs se dévouent auprès de deux ou quelques groupes de personnes tel que l'indique les statistiques suivantes établies sur l'ensemble de la population:

- 16,1% aident un seul groupe
- 6,3% aident deux groupes
- 3,3% aident trois groupes
- 1,3% aident quatre groupes ou plus.

Se basant sur une enquête effectuée par Statistique Canada, Payette et Vaillancourt (1983) rapportent que les bénévoles représentaient 10,6% de la population en 1980. Ces auteurs soulignent par ailleurs que la définition du bénévolat utilisée par Statistique Canada a été critiquée comme trop restrictive. Tout comme dans notre enquête, Payette et Vaillancourt observent que la participation au bénévolat est particulièrement élevée chez les individus âgés de 35 à 44 ans et chez les diplômés universitaires. Soulignons que Therrien et Bouchard (1983) ont tout comme nous observé un pourcentage important (15%) de bénévolat de la part des personnes âgées vivant à domicile.

CHAPITRE V

AIDER UN PARENT AGE EN PERTE OU EN MANQUE D'AUTONOMIE

RESUME DES FAITS SAILLANTS DU CHAPITRE

1. Qui aide une personne âgée?

. Les Québécois aident dans une proportion de 4,6% un parent âgé en perte ou en manque d'autonomie: 2,7% aident un parent âgé vivant à domicile et 1,9% un parent âgé en institution.

. L'état de santé des aidants varie selon la situation d'hébergement de la personne âgée aidée: 12%[1] des aidants d'une personne âgée à domicile et seulement 2% des aidants de personnes âgées en institution se disent en mauvaise ou très mauvaise santé.

. Les aidants ont porté plainte pour des services de santé ou des services sociaux plus fréquemment que les non-aidants: 12% des aidants contre seulement 5% des non-aidants.

. Il apparaît plus difficile à un aidant qu'à un non-aidant de trouver une place en centre d'accueil à une personne âgée.

. Les aidants se montrent en général plus favorables que les non-aidants au fait que les personnes gardant chez elles un parent âgé reçoivent une certaine forme d'allocation gouvernementale.

. Les aidants déclarent faire plus de bénévolat que les non-aidants (36%/27%).

2. Qui est la personne âgée aidée?

Qui est la personne âgée aidée vivant à domicile?

. Les personnes âgées aidées vivent à domicile dans une proportion de 59% et environ le quart de celles-ci vivent seules.

. Selon 14% des aidants, une demande a déjà été faite pour que la personne âgée aidée ait une place en centre d'accueil (9%), en HLM ou ailleurs (5%).

---

[1] Dans ce résumé, les pourcentages sont arrondis. Les taux exacts se retrouvent dans le rapport.

. Selon leurs aidants, 34% des personnes âgées aidées et vivant à domicile prendraient beaucoup de médicaments et le tiers de celles-ci en prendraient trop.

. Parmi les personnes âgées aidées vivant à domicile, 68% ont des besoins essentiels à combler (préparer ses repas, faire sa toilette, etc.), 69%, des besoins complémentaires (se déplacer à l'intérieur de la maison, se faire accompagner, etc.) et 93% ont besoin d'aide pour effectuer leurs travaux lourds.

. Ces besoins sont généralement comblés par le répondant lui-même ou son conjoint et par la famille de la personne âgée.

. L'apport du CLSC et des groupes communautaires est très restreint.

Qui est la personne âgée vivant en institution?

. Selon notre échantillon, 41% des personnes âgées aidées vivent en institution, de celles-ci: 67% en centre d'accueil, 28% en centre hospitalier et 5% en famille d'accueil.

. Les personnes âgées en centre hospitalier ont une santé nettement plus mauvaise (78%) que celles en centre d'accueil (31%) et leur consommation de médicament est de beaucoup supérieure (60%/17%).

. Les besoins essentiels de la personne âgée en institution (s'alimenter et faire sa toilette) sont généralement comblés par le personnel de l'institution; le répondant et la famille jouant un rôle plutôt secondaire. L'implication des groupes communautaire à cet égard est à peu près inexistante.

3. Comment s'implique-t-on envers la personne âgée

. Seulement le tiers des aidants (29%) sont très impliqués envers la personne âgée aidée et vivant à domicile et cette implication est fonction de l'état de santé de la personne âgée.

. Dans le cas d'une personne âgée en institution, l'implication des aidants est faible: seulement 4% des aidants affichent une implication élevée.

. Seulement 11% des aidants apportent une contribution financière à une personne âgée vivant à domicile.

4. Evaluation de la situation d'aidant

. Pour 12% des aidants qui travaillent, la prise en charge d'une personne âgée à domicile signifie un certain "désinvestissement" au niveau du travail rémunéré et, même pour 7% des aidants, une cessation complète.

. Quel que soit le niveau de revenu de l'aidant, la prise en charge d'une personne âgée a des conséquences importantes sur la vie personnelle et familiale de l'aidant, surtout dans les cas où la personne âgée vit à domicile ou est hospitalisée.

. Le fait de s'occuper d'une personne âgée apparaît difficile surtout au plan moral: en particulier si la personne âgée est en centre hospitalier.

. Près de 60% des aidants concernés pensent que la personne âgée vivant à domicile devrait être placée en centre d'accueil si son état de santé venait à se détériorer, surtout si cette personne âgée vit seule.

. En général, les aidants sont satisfaits de l'aide que la personne âgée a pu recevoir du secteur public (72%).

. Ceux qui ont fait "personnellement des démarches pour une personne âgée auprès des services de santé et des services sociaux" (16%) se sont montrés partagés quant aux résultats obtenus: 52% se sont dits satisfaits.

5. L'aide apportée à une personne âgée selon le groupe linguistique de l'aidant

. Les non-francophones qui connaissent une personne âgée ont tendance à se distinguer des francophones quant à leur implication relativement à cette personne âgée: 8% des anglophones et des allophones et 6% des francophones apportent une aide quelconque à une personne âgée.

. Chez les non-francophones, il y a plus de personnes âgées vivant à domicile que chez les francophones. Les personnes âgées non francophones ont moins tendance à vivre seules que les francophones.

. Les groupes linguistiques diffèrent quant à leurs opinions relativement au système de santé et aux services sociaux.

  - Il apparaît plus difficile aux francophones (67%) qu'aux anglophones (49%) de "trouver une place en centre d'accueil pour une personne âgée qui ne peut plus vivre à domicile".

  - Les non-francophones, en général, sont moins favorables que les francophones au fait que les personnes gardant chez elles un parent âgé reçoivent une certaine forme d'allocation gouvernementale.

  - Les non-francophones, dans une situation de devoir placer un parent âgé, s'adresseraient en premier lieu au CSS, en second lieu à un médecin et en troisième lieu au CLSC; les francophones vont plutôt au CLSC qu'au CSS qui ne vient qu'en quatrième place.

. Les non-francophones sont plus nombreux que les francophones à s'impliquer fortement envers une personne âgée vivant à domicile (40%/24%).

. S'occuper d'une personne âgée semble avoir plus de conséquences sur la vie personnelle et familiale des non-francophones. Pour 52% des allophones, 34,2% des anglophones et 27% des francophones, cette prise en charge signifie une limitation du temps disponible (pour le conjoint et les enfants ou pour le temps libre) et une source possible de problèmes avec les autres membres de la famille.

. La prise en charge d'une personne âgée apparaît plus difficile à supporter au plan physique pour les non-francophones que pour les francophones.

5.0 INTRODUCTION

En 1981, les personnes âgées de 65 ans et plus constituaient 8,8% de la population québécoise et, selon les projections, elles pourraient représenter jusqu'à 12% de la population en l'an 2001, soit une augmentation de 53% de la population âgée totale (Québec, Ministère des Affaires sociales, 1985).

Ces importants changements dans la structure démographique de la population du Québec poseront sûrement des problèmes de réorganisation des ressources institutionnelles d'hébergement et d'organisation de programmes de maintien à domicile.

Les ressources institutionnelles d'hébergement, pour les personnes âgées dans le besoin, sont déjà saturées: le taux d'occupation se situait en 1984-85 autour de 98% et, pourtant une nombreuse clientèle est déjà admissible à l'hébergement selon le critère du minimum d'heures de services de soins requis (Roy, 1986b). Dès lors, ces personnes âgées dans le besoin qui ne peuvent trouver une place d'hébergement dans le réseau doivent être "maintenues" à domicile. C'est dans ce contexte que le MSSS a développé des services de maintien à domicile qui rejoignaient quelque 10 000 personnes en 1985 (Québec, Ministère des Affaires sociales, 1985).

Le "Bilan du maintien à domicile dans les CLSC" réalisé par la Fédération des CLSC (Roy, 1986b) montre que le profil des services offerts varie selon les CLSC: les uns accordent plusieurs heures de services par usager en limitant leur nombre; les autres préfèrent servir un plus grand nombre en n'accordant que quelques heures par personne. Il montre aussi l'insuffisance de ces services de maintien à domicile: "en moyenne chaque usager a reçu sur une base annuelle (1984-85), 16,4 visites en aide à domicile et 10,0 visites en soins à domicile" pour un total d'une "trentaine d'heures de services par année, par usager" (p. 12). Bref, la Fédération des CLSC estime que "pour offrir un véritable maintien à domicile et rencontrer les besoins réels des clientèles à domicile, il faudrait quadrupler le niveau actuel des ressources en services à domicile" (p. 13).

Dans ce contexte, la population doit compenser pour une saturation presque maximale des ressources institutionnelles existantes et pour le manque de services de maintien à domicile. Elle doit dès lors assurer par ses propres moyens certains services aux personnes âgées dans le besoin. C'est là une tâche lourde et épuisante (du point de vue physique, moral, financier et autres), qui sera remplie la plupart du temps par un proche ou un ami.

5.0 INTRODUCTION

De nombreuses recherches ont déjà été réalisées sur la situation de la personne âgée vivant à domicile ou vivant en institution (cf. Rapport d'étape: recension des sondages et enquêtes (1970-1986)). Elles ont produit quantité de données sur la situation de la personne âgée, quel que soit son mode d'hébergement. Il nous a donc semblé inutile de remettre à jour ces données qui demeurent en grande partie valables encore en 1987. Par contre, peu de recherches ont été menées sur les personnes qui viennent en aide aux personnes âgées dans le besoin (pris dans un sens plus ou moins strict). Stephens et Christianson (1986) tracent un portrait de cette aide apportée à une personne âgée vivant à domicile. Ils en arrivent à montrer la lourdeur de la tâche assumée dans un contexte américain et les conséquences qui en résultent à différents niveaux. Limites dans la participation de l'aidant à des activités diverses, conséquences pour le maintien de relations de toutes sortes, sacrifices financiers, charge physique et morale, voilà autant de caractéristiques associées à l'aide apportée. Malgré toute la lourdeur de la tâche assumée, les auteurs en arrivent à affirmer que les aidants résistent généralement à l'idée d'institutionnaliser la personne âgée aidée; ils envisagent plutôt d'autres solutions leur permettant d'apporter l'aide appropriée à la situation de leur protégé.

Qu'en est-il de cette aide en contexte québécois? Qui aide les personnes âgées en perte ou en manque d'autonomie, qu'elles vivent à domicile ou en institution[1]? Qui aide comment? Quelles solutions l'aidant a-t-il envisagées pour remplir le mieux possible sa mission? Voilà les questions auxquelles nous avons voulu avoir réponse.

Ces réponses, nous les avons cherchées auprès des individus directement concernés par le sujet, c'est-à-dire les aidants eux-mêmes, des individus qui aident une personne âgée de 65 ans et plus, à qui on rend service ou que l'on visite au moins une fois par semaine. Cette personne âgée aidée vit en institution (à l'hôpital, en centre d'accueil ou en famille d'accueil) ou vit à domicile. Si elle vit à domicile, cette personne âgée doit donner des signes manifestes d'être en perte ou en manque d'autonomie: elle a de sérieux problèmes de perte de mémoire, de dépression ou d'anxiété, ou de

---

1 Dans le cadre de cette recherche, nous avons tenu à estimer aussi la charge (physique, morale ou autre) de quelqu'un qui aide une personne âgée en institution pour en arriver aux solutions pratiquées ou envisagées. En cela, nous allons au-delà de la recherche de Stephens et Christianson.

sérieux handicaps physiques (voir les questions de dépistage).

Pour participer à cette étude sur la prise en charge d'une personne âgée en perte ou en manque d'autonomie, le répondant "aidant" devait "aider ou rendre service" à une personne âgée ou il devait "lui rendre visite au moins une fois par semaine" (questions de dépistage). En plus de cette aide reconnue, il devait, pour être éligible, aider avec une certaine fréquence (très souvent ou souvent) cette personne âgée et ce, pour deux activités différentes (si elle vit à domicile) ou pour une seule activité (si elle vit en institution).

5.1 QUI AIDE UNE PERSONNE AGEE?

5.1.1 Prévalence

D'après les données recueillies dans le cadre de cette étude, **4,6% des Québécois aident une personne âgée de 65 ans et plus en perte ou en manque d'autonomie**, soit 5,6% des Montréalais; 2,4% des résidents de la région de Québec et 4,4% du reste du Québec[1]. **Parmi l'ensemble des aidants québécois, 2,7% aident une personne âgée vivant à domicile et 1,9% une personne âgée vivant en institution[2]** (voir la figure 5.1).

Au moins trois Québécois sur quatre (77,3%) connaissent un parent âgé de 65 ans et plus et il est important de souligner à cet égard des différences régionales significatives: entre les résidents de Montréal et les autres (voir le tableau 5.1) et même entre les résidents de Québec et ceux du reste de la province[3] (ceux de la région de Montréal étant exclus).

TABLEAU 5.1

Connaissance d'un parent âgé de 65 ans et plus selon le lieu de résidence des répondants (%)

Connaissance d'un parent âgé	Lieu de résidence		
	Montréal (n=789)	Québec (n=199)	Reste du Québec (n=1123)
Oui	68,4	80,0	83,1
Non	31,6	20,0	16,9

Significatif à ,00.

1 Il est important de noter qu'il n'y a pas de différence significative entre ces pourcentages.

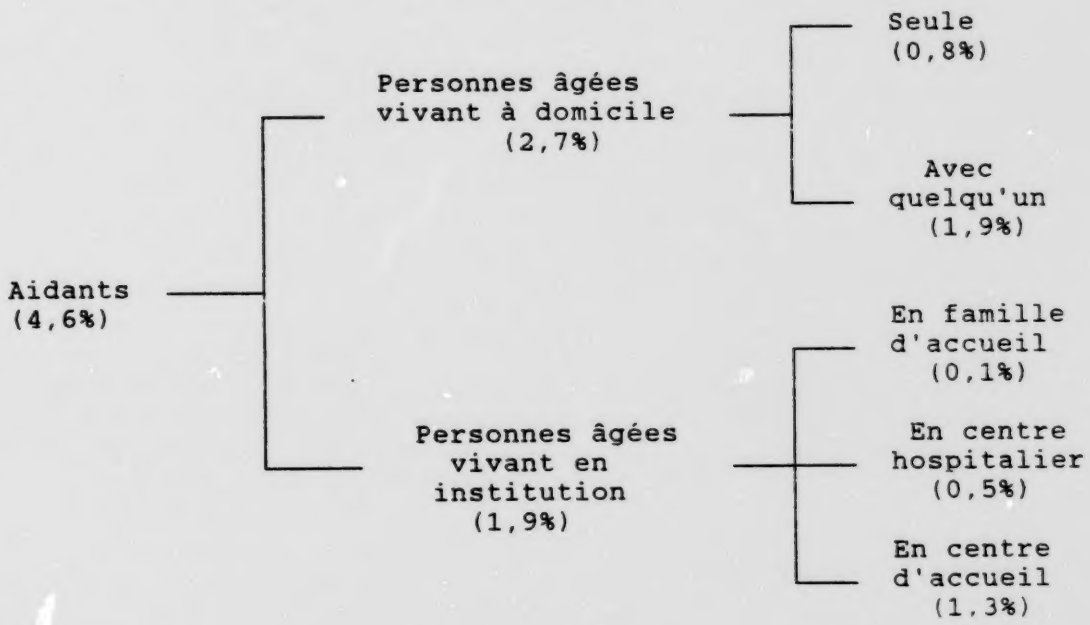
2 Notre échantillon de 501 aidants comportera, donc, 294 répondants qui aident une personne âgée à domicile et 207 qui apportent du soutien à une personne âgée en institution.

3 Selon un test de différence de pourcentages (p = ,05).

5.1 QUI AIDE UNE PERSONNE AGEE?

FIGURE 5.1

Estimation de la proportion d'aidants selon le mode d'hébergement de la personne âgée aidée



De là, il est possible d'affirmer que 6,0% des Québécois connaissant un parent âgé lui apportent une aide quelconque.

5.1.2 Caractéristiques socio-démographiques des aidants

Les aidants se distinguent des non-aidants relativement à leur âge. Ainsi, les aidants sont en général plus âgés que les non-aidants. Ils ont 42,6 ans en moyenne, les non-aidants ayant 39,3 ans: 34,1% des aidants ont entre 18 et 34 ans; 44,1% entre 35 et 54 ans et 21,8%, 55 ans et plus.

Par contre, il n'y a pas de différence significative entre les aidants et les non-aidants en ce qui a trait aux autres caractéristiques. Les aidants ont 11,8 années de scolarité en moyenne, deux sur trois ayant complété moins de 13 années de scolarité. Ils sont sur le marché du travail dans une proportion de 57%, soit 77,8% des hommes et 43,8% des femmes. Parmi les aidants de sexe masculin, le tiers (34,6%) sont des administrateurs ou des professionnels, 21,6% des commis de bureau ou vendeurs et 36,1% des employés du secteur manufacturier ou de la construction. Quant aux aidants de sexe féminin, 25% détiennent un poste d'administratrice ou de professionnelle, 47,5% un poste de commis de bureau ou de vendeuse et 19,4% un poste dans la manutention ou dans les services.

Les aidants sont en majorité propriétaires (63,3%). Leur revenu familial moyen s'élève à 30 545$; le tiers de ces aidants (30,6%) ont un revenu familial de moins de 20 000$, 41,9% un revenu variant entre 20 000$ et 34 999$ et le reste (35,6%) un revenu de 40 000$ et plus.

5.1.3 Etat de santé des aidants

L'état de santé des aidants est comparable dans l'ensemble à celui de la population en général. En effet, 44,1% se disent en très bonne santé, 48,2% en bonne santé et seulement 7,7% en mauvaise ou en très mauvaise santé.

Ils n'ont pas plus de handicaps que la population en général (3,9%) et ils ne se sont pas sentis plus malades au cours du dernier mois (19,4%). Selon Stephens et Christianson (1986), le fait d'aider une personne âgée est une expérience stressante et quelquefois très épuisante, pouvant avoir des répercussions sur l'état de santé des personnes impliquées. Une analyse détaillée montre en effet que l'état de santé des

aidants varie avec la situation d'hébergement de la personne âgée aidée. **Les aidants d'une personne âgée à domicile se déclarent en moins bonne santé que les autres.** Comme le montre le tableau 5.2, ils sont 11,5% à se dire en mauvaise ou très mauvaise santé, alors que seulement 2,2% des aidants de personne âgée en institution seraient dans la même situation.

TABLEAU 5.2

Distribution des aidants selon leur état de santé compte tenu de la situation d'hébergement de la personne âgée aidée (%)

Etat de santé	Situation d'hébergement de la personne âgée	
	A domicile (n=294)	En institution (n=204)
Très bonne	39,8	50,3
Bonne	48,7	47,5
Mauvaise ou très mauvaise	11,5	2,2

Significatif à ,00.

Ils sont également plus nombreux que les aidants d'une personne âgée en institution à affirmer s'être sentis malades au cours du dernier mois (voir le tableau 5.3).

5.1.4 Consommation personnelle et tendances de consommation des services de santé et des services sociaux

5.1.4.1 Consommation personnelle

En général, les personnes qui apportent une aide quelconque à une personne âgée affichent un comportement sensiblement comparable à la population québécoise en ce qui a trait à leur utilisation des services de santé (73,7%) et à leur recours aux services sociaux (4,4%).

5.1 QUI AIDE UNE PERSONNE AGEE?

TABLEAU 5.3

Distribution des aidants selon qu'ils se sont sentis malades ou non au cours du dernier mois, compte tenu de la situation de la personne âgée aidée (%)

Malade au cours du dernier mois	Situation de la personne âgée	
	A domicile (n=294)	En institution (n=207)
Oui	22,4	15,2
Non	77,6	84,8

Significatif à ,05.

Par contre, il est intéressant de souligner que **plus d'un aidant sur dix (11,8%) affirme avoir personnellement déjà porté plainte pour des services de santé ou des services sociaux, alors que seulement un non-aidant sur vingt (5,2%) a fait la même affirmation.**

Ces aidants ont porté plainte

- à l'établissement même : 82,4%
- à la Corporation professionnelle : 5,8%
- au MSSS : 4,0%
- à la Commission des Affaires sociales : 4,5%
- ailleurs : 3,4%.

Il est à souligner que ceux-ci se déclarent en général plus satisfaits que l'ensemble des Québécois de la façon dont on a traité leur plainte (51,5%/21,9%).

5.1.4.2 Tendances de consommation

Les répondants, qu'ils aident ou non une personne âgée, ont eu à indiquer où ils s'adresseraient si un de leurs parents âgés devait être placé en centre d'accueil et il en est ressorti que les aidants ne se distinguent pas vraiment des non-aidants sur ce point précis. Par contre, il semble qu'une expérience de placement ait pour effet de changer ces

perspectives. Ainsi les répondants qui apportent une aide quelconque à une personne âgée en institution mentionnent dans une proportion de 60,0% qu'ils s'adresseraient dans un tel cas à un travailleur social ou au CSS (22,5%), mais plus particulièrement au CLSC (37,5%). Les autres, les aidants à domicile, auraient tendance à aller vers le médecin (24,4%) et, en cela, ils se distinguent de ceux qui aident une personne âgée en institution (16,4%). Le tableau 5.4 présente l'ensemble de cette distribution et permet de comparer l'opinion des aidants à celle des non-aidants.

TABLEAU 5.4

Distribution des répondants relativement à la question "Cù vous adresseriez-vous si un de vos parents devait être placé en centre d'accueil" (%)

	Aidant		
	Personne âgée à domicile (n=294)	Personne âgée en institution (n=204)	Non-aidant (n=1474)
Médecin	24,4	16,4	21,3
Travailleur social et CSS	16,0	22,5	19,7
Hôpital	4,2	5,3	3,8
CLSC	32,8	37,5	30,9
Autre	22,6	18,3	24,3

Les aidants se montrent en général plus favorables que les non-aidants au fait que les personnes gardant chez elles un parent âgé reçoivent une certaine forme d'allocation gouvernementale. En effet, **plus de la moitié des aidants (52,0%) se montrent tout à fait d'accord avec une telle formule, alors que seulement 40,6% des non-aidants partagent une telle opinion.** Cependant, il est aussi important de souligner que 15,7% des aidants se disent en désaccord avec cet énoncé

(voir le tableau 5.5) et que cette estimation ne varie pas du fait que la personne âgée aidée vive à domicile ou en institution.

TABLEAU 5.5

Distribution des répondants selon qu'ils favorisent ou non une certaine forme d'allocation gouvernementale aux personnes qui gardent chez elles un parent âgé (%)

	Aidant (n=478)	Non-aidant (n=1919)
Tout à fait d'accord	52,0	40,6
Plutôt d'accord	32,3	34,8
Plutôt ou tout à fait en désaccord	15,7	24,6

Significatif à ,05.

En général, les aidants partagent la même opinion que les non-aidants relativement à l'assertion suivante: "Pour les Québécois qui n'ont pas d'argent, il est très difficile d'obtenir tous les traitements nécessaires pour guérir" (50,6%/48,2%). Par contre, les aidants qui prodiguent une aide quelconque à une personne âgée à domicile se distinguent significativement des individus aidant une personne âgée en institution. En effet, les aidants à domicile se montrent à 56,8% d'accord avec la précédente assertion; c'est le cas pour seulement 42,0% des autres.

5.1.5 Opinions sur le système de santé et des services sociaux

Les aidants sont en général tout aussi satisfaits que l'ensemble de la population québécoise du système de santé que nous avons au Québec (76,1%/79,4%). Par contre, **il apparaît plus difficile à un aidant qu'à un non-aidant de trouver une place en centre d'accueil à une personne âgée.** En effet, environ deux aidants sur trois (65,4%) trouvent cette tâche très difficile, tandis que chez les non-aidants, cette évaluation n'est partagée que par une personne sur deux

(52,6%). Le tableau 5.6 fait état de cette évaluation différentielle qui existe entre les aidants et les non-aidants.[1]

TABLEAU 5.6

Distribution des répondants selon leur évaluation de la difficulté à trouver une place en centre d'accueil pour une personne âgée (%)

	Aidant (n=481)	Non-aidant (n=1906)
Très facile ou facile	7,8	10,4
Difficile	26,7	37,0
Très difficile	65,4	52,6

Significatif à ,05.

Enfin, le fait d'aider une personne âgée n'a aucun impact sur les opinions que l'on peut avoir relativement à une contribution éventuelle au coût des services de santé. En effet, la distribution des aidants relativement à cette éventualité de défrayer en partie le coût de certains services est strictement comparable à celle des non-aidants[2] et ce, quel que soit leur revenu, leur scolarité, leur âge etc. Aucune différence significative n'apparaît entre l'opinion avancée sur ce sujet par les personnes qui aident une personne âgée vivant à domicile et celles qui en aident une vivant en institution.[3]

---

1 Aider une personne âgée à domicile ou en institution n'a aucun impact sur l'opinion des aidants relativement à cette évaluation de la difficulté de trouver une place en centre d'accueil.

2 Les aidants se disent d'accord à 37,2% pour défrayer en partie le coût des visites chez le médecin, à 31,3% le coût des visites à l'urgence et à 18,7% le coût des hospitalisations.

3 Par exemple, 35,7% des répondants ayant une personne âgée à domicile sont d'accord pour défrayer en partie les visites chez les médecins, tandis que cette opinion

5.1 QUI AIDE UNE PERSONNE AGEE?

5.1.6 Les aidants et le bénévolat

Les Québécois, nous l'avons déjà vu, sont nombreux à faire du bénévolat (26,9%), mais les aidants en font encore plus (35,5%). Ils se distinguent des non-aidants, par le fait qu'ils s'impliquent plus auprès des personnes âgées (23,2%) que les non-aidants (13,6%).

---

favorable augmente jusqu'à 39,5% chez les répondants ayant une personne âgée en institution.

5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

Nous examinerons tour à tour la situation de la personne âgée aidée qui vit à domicile ou en institution.

5.2.1 La personne âgée vivant à domicile

5.2.1.1 Données générales

Les personnes âgées aidées vivent à domicile dans une proportion de 58,8%[1] et environ le quart de celles-ci (27,3%) vivent seules. Parmi celles qui vivent avec quelqu'un (72,7%), 42,2% vivent avec leur conjoint(e), les autres vivant soit avec le répondant lui-même (34,6%), soit avec quelqu'un d'autre. La figure 5.2 présente la distribution des personnes âgées aidées selon leur mode d'hébergement. Ces données sont comparables à celles que l'on retrouve dans une étude du Ministère des Affaires sociales (Béland, 1980) qui nous révèle que le quart des personnes âgées vivent seules, que le tiers vivent avec leur conjoint et que les autres vivent avec un enfant, un parent ou quelqu'un d'autre (36%).

a) Logement de la personne âgée aidée

Selon cette même étude du Ministère des Affaires sociales (Béland, 1980), la majorité des personnes âgées vivant à domicile (90%) habitent une résidence personnelle, alors que 4 à 7% d'entre elles vivent en résidences spécialisées; les autres habitant des HLM et des maisons de chambre.[2] Selon nos répondants, 89,6% des personnes âgées aidées (vivant à domicile) résident "dans une maison privée", 5,1% dans une "résidence pour personnes âgées" et 5,3% "dans un HLM" (voir la figure 5.3) qui, dans la plupart des cas (89,2%), a été conçu

---

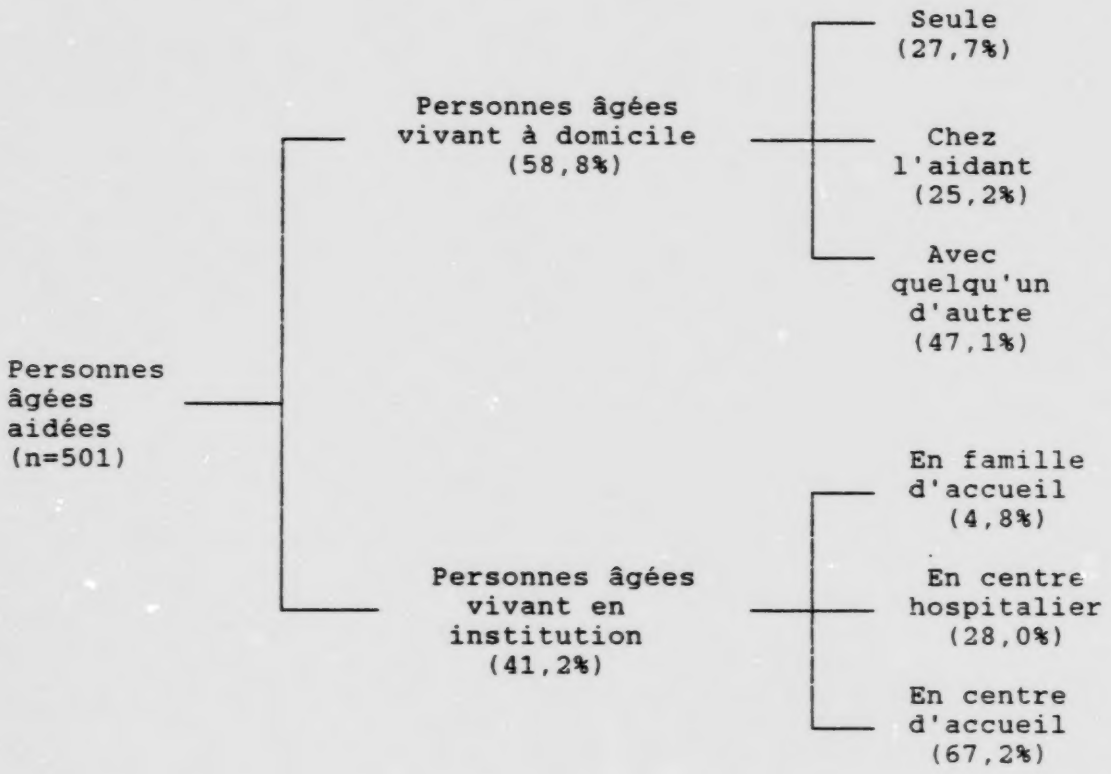
1 Aucune différence significative n'est à signaler sur ce point entre Montréal (60,1%) et le reste du Québec (57,8%).

2 Soulignons que l'étude en question n'est pas représentative de l'ensemble du Québec, mais bien des villes de Hull, de Trois-Rivières et d'un quartier de Montréal.

5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

FIGURE 5.2

Répartition des personnes âgées aidées selon leur mode d'hébergement



5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

comme "une résidence pour personnes âgées seulement" (question 13). Ces résidences spécialisées ou ces HLM comportent en général peu de barrières architecturales pour les personnes âgées qui les habitent: les portes y sont assez larges pour l'utilisation d'une marchette ou d'un fauteuil roulant (91,7%); les seuils de porte ne nuisent pas aux déplacements de ces personnes âgées (82,9%); les salles de bain sont munies de barres pour s'agripper à la sortie du bain (88,5%) et pour aider la personne âgée à s'asseoir et à se relever de la toilette (60,0%). Enfin, à peu près la moitié de ces résidences (50,1%) offrent des services spécifiques (infirmerie, cafétéria ...) à leurs résidents (questions 14 et 15).

Selon nos données,

43,2% des personnes âgées aidées sont propriétaires de la maison où elles habitent[1];

32,2% habitent une maison appartenant à un membre de la famille;

24,6% une résidence qui n'appartient pas à quelqu'un de la parenté (question 16A).

Ces personnes âgées aidées habitent leur logement depuis environ 20 ans (19 ans en moyenne)[2] ou vivent dans le quartier depuis en moyenne 28 ans. La plupart de ces personnes âgées ont des enfants, des frères ou des soeurs dans le quartier (ou la municipalité) où elles habitent et le répondant qui aide une personne âgée vivant seule demeure à quelque 22 minutes de chez elle. Par contre, très peu de personnes âgées aidées (1,3%) sont inscrites à un service téléphonique d'urgence et ce, même si elles vivent seules (2,4%).

---

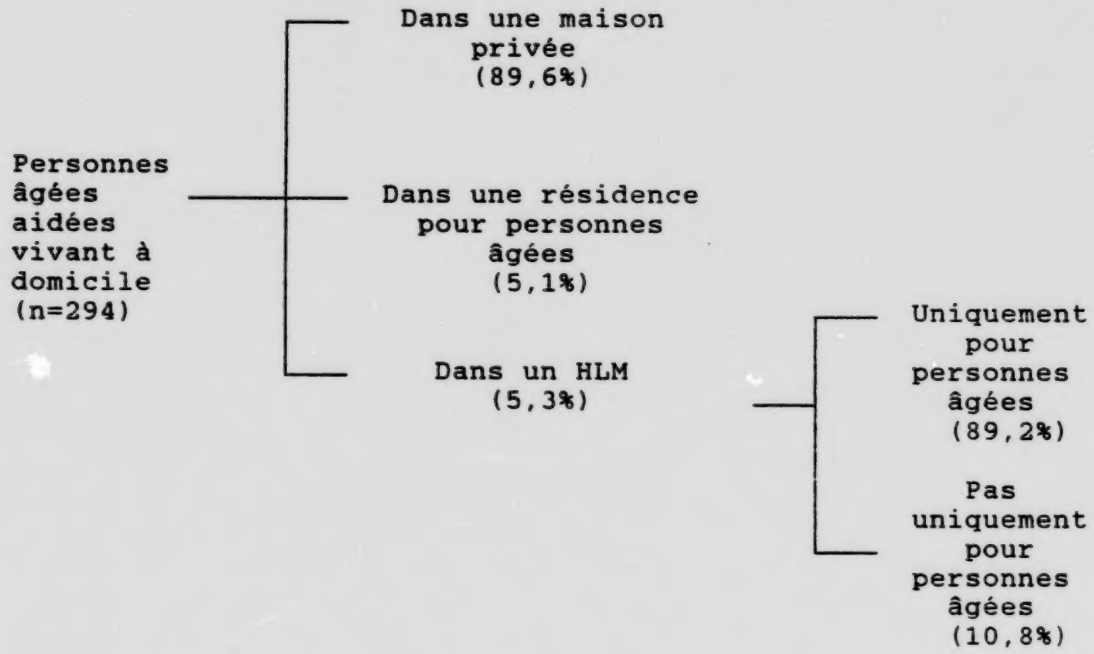
1 Selon Therrien et Bouchard (1983), 53% des personnes âgées à domicile (aidées ou pas) sont propriétaires.

2 Selon Therrien et Bouchard (1983), 40% des personnes âgées habitent le même endroit depuis plus de 20 ans.

5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

FIGURE 5.3

Répartition des personnes âgées aidées vivant à domicile selon leur mode d'hébergement



5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

b) Revenu de la personne âgée aidée

Les personnes âgées aidées jouissent en général de revenus limités: 72,5% n'ont "d'autres sources de revenu que la pension de vieillesse et le régime des rentes" (question 6). Il n'y a pas de différence significative sur ce point entre les personnes âgées vivant seules et celles vivant avec quelqu'un d'autre (74,1%/71,3%).[1] Mentionnons que la plupart des personnes âgées vivant à domicile (74,2%) paient pour le logement qu'elles habitent (question 16A).

c) Visites à la personne âgée aidée

Environ trois personnes âgées vivant à domicile sur quatre (76,3%) sont visitées très souvent ou souvent par leurs enfants (question 2B).

Plus de 86% de nos répondants affirment voir la personne âgée aidée au moins une fois par semaine. Par ailleurs, 70% des personnes âgées aidées reçoivent au moins une fois par semaine la visite d'autres membres de la famille, d'amis ou de voisins.[2] (questions 3 et 4).

d) Démarches en vue de placement

Selon notre échantillon, 14,3% des aidants ont affirmé qu'une demande a déjà été faite pour que la personne âgée aidée et vivant à domicile ait une place en centre d'accueil (9,1%), en HLM ou ailleurs (5,2%). Cette demande remonte à 7,1 mois en moyenne pour une place en centre d'accueil et à 21,2 mois pour une place en HLM ou ailleurs et, pour la moitié de ces cas, il apparaît urgent que la personne âgée concernée ait sa place (questions 37, 38 et 39).

---

1 D'après une étude du Ministère des Affaires sociales, la pension de vieillesse, le régime des rentes et les régimes de pension constituent 87% des revenus des personnes âgées seules et 60% des revenus des personnes âgées vivant en famille (Québec, Ministère des Affaires sociales, 1985).

2 D'après Therrien et Bouchard (1983), 84% des personnes âgées voient leurs enfants une fois par semaine, 76% leur téléphonent une fois par semaine et 56% voient des amis une fois par semaine.

5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

5.2.1.2 Données relatives à la santé de la personne âgée aidée

a) Etat de santé

Selon différentes études (Québec, Ministère des Affaires sociales, 1985; Béland, 1980 et autres), les personnes âgées se déclarent dans une proportion de 50% en bonne santé alors que seulement 15% se disent en mauvaise santé, les autres qualifiant leur santé de "moyenne".[1] Selon les données que nous avons recueillies, les personnes âgées aidées vivant à domicile seraient en moins bonne santé, ce qui va de soi du fait qu'elles sont définies en perte ou en manque d'autonomie: **36,4% de ces personnes âgées étant en mauvaise ou en très mauvaise santé.**[2]

Ces personnes âgées aidées ont un certain nombre d'incapacités physiques:

problèmes d'audition	: 14,5%
problèmes à se déplacer (devoir se déplacer en fauteuil roulant)	: 7,7%
problèmes de vision	: 4,8%
problèmes de la parole	: 0,6%.[3]

En fait, **un aidant sur quatre (24,6%) apporte une aide quelconque à une personne âgée qui a, au plan physique, un problème ou une incapacité quelconque** (questions 11B

---

1 Une étude sur les conditions de vie des personnes âgées vivant à domicile (Therrien et Bouchard, 1983) montre à quel point la santé préoccupe ces personnes âgées. En effet, 22% ont une maladie ou une incapacité qui demande des soins constants; 53% d'entre elles reçoivent leurs soins au bureau de l'omnipraticien et 17% ont été hospitalisées depuis un an, dont 60% pour une durée de 15 jours ou moins.

2 Par comparaison, la santé des personnes âgées en institution est dans 44,1% des cas mauvaise ou très mauvaise (question 11A).

3 Possibilité de plusieurs handicaps.

et 11C).[1] Par ailleurs, un aidant sur cinq (21,3%) aide une personne âgée complètement autonome au point de vue physique, mais en perte d'autonomie sur le plan mental.

Soulignons que 31,4% des personnes âgées aidées sont, selon leurs aidants, complètement autonomes au plan physique, tout en ayant de sérieux problèmes de perte de mémoire (33,2%), de dépression (13,6%) ou d'anxiété (53,2%). Parmi les personnes âgées partiellement ou pas du tout autonomes au plan physique, 67,4% ne peuvent actuellement tenir maison et 21,6% ont un sérieux handicap physique. La figure 5.4 rend compte de ces problèmes de santé qui affectent les personnes âgées aidées.

Mentionnons, enfin, que, selon leurs aidants, 15,8% des personnes âgées complètement autonomes ont une mauvaise ou une très mauvaise santé et que, chez les partiellement ou pas du tout autonomes, cette proportion atteint les 46,7% (voir le tableau 5.7).

TABLEAU 5.7

Distribution des personnes âgées aidées selon leur état de santé perçu compte tenu de leur niveau d'autonomie (%)

Etat de santé	Niveau d'autonomie physique	
	Complètement autonome (n=91)	Partiellement ou pas du tout autonome (n=199)
Très bon ou bon	84,2	53,3
Mauvais ou très mauvais	15,8	46,7

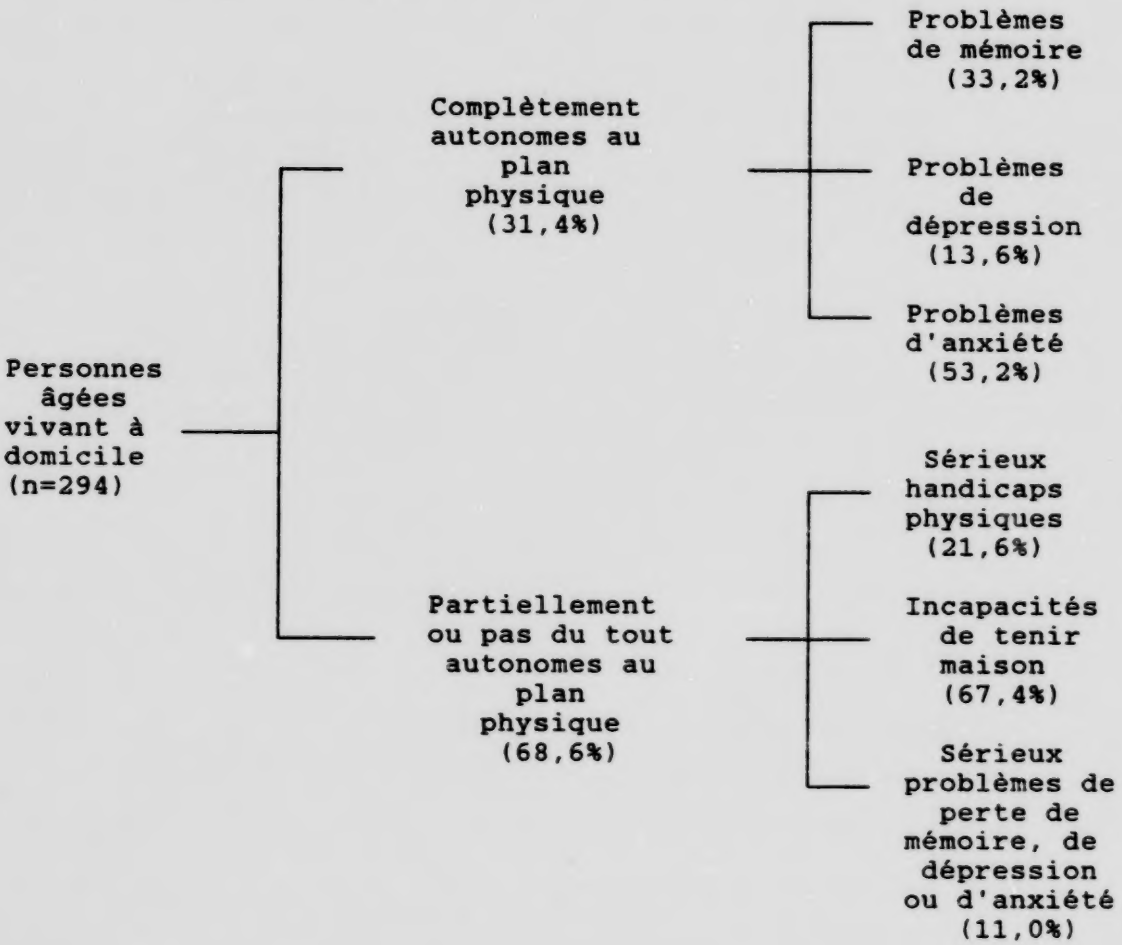
Significatif à ,00.

1 Ce taux d'incapacité atteint 46,4% chez les personnes âgées en institution.

5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

FIGURE 5.4

Répartition des personnes âgées aidées selon leur autonomie et leur état de santé



5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

b) Consommation de soins et de services médicaux par la personne âgée aidée

Comme l'état de santé se détériore, la consommation de soins et de services médicaux croît. En effet, selon les statistiques annuelles de la RAMQ (1981), les personnes âgées ont reçu, en 1980, 16% de l'ensemble des services médicaux et les personnes de 75 ans et plus ont consommé jusqu'à 41% des services dispensés aux personnes âgées.

Selon Béland (1980), plus de 80% des personnes âgées vivant à domicile ont consulté un médecin de famille et entre 12% et 20% de ces personnes âgées ont visité leur médecin au moins six fois pendant les six mois précédant l'enquête. Selon leurs aidants (Question 18), les personnes âgées aidées sont suivies régulièrement par

- un médecin : 86,9%
- un optométriste : 30,7%
- une infirmière : 29,2%
- un dentiste : 13,9%
- un travailleur social : 10,0%
- un podiatre : 4,9%
- un chiropraticien : 4,6%
- un acupuncteur : 1,0%.

La très grande majorité des personnes âgées qui reçoivent la visite du médecin à la maison (94,3%) sont régulièrement suivies par un médecin. Il en est ainsi pour celles qui reçoivent des soins de la part d'infirmiers(ères) à la maison (89,8%).

c) Consommation de médicaments par la personne âgée aidée

La consommation de médicaments par les personnes âgées est souvent très importante. Selon des données publiées en 1978 (Béland, 1980), 73% des personnes âgées à domicile consommaient des médicaments prescrits. L'Enquête Santé Canada (Canada, Santé et Bien-être social, 1981) rapportait qu'en 1980, 25% des femmes âgées et 13% des hommes âgés consommaient trois médicaments ou plus par jour. **D'après notre étude, 34,3% des personnes âgées aidées et vivant à domicile prendraient "beaucoup" de médicaments (question 12) et, selon le tiers de leurs aidants, celles-ci en prendraient "trop" (voir le tableau 5.8).**

5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

TABLEAU 5.8

Distribution des aidants quant à leur opinion sur la consommation de médicaments faite par la personne âgée aidée

Consommation de médicaments[1]	n	%
Beaucoup	99	34,3
Moyennement	89	30,8
Peu	70	24,2
Pas du tout	31	10,7
TOTAL	289	100,0

[1] La question était formulée de la façon suivante: "Diriez-vous qu'elle prend beaucoup, moyennement, peu ou pas du tout de médicaments?" (Question 12a).

5.2.1.3 Besoins de la personne âgée aidée

Selon les aidants, les personnes âgées ont besoin d'aide pour

- effectuer leurs travaux ménagers lourds : 92,5%
- se faire accompagner pour sortir : 54,2%
- préparer leur repas : 51,6%
- effectuer leurs travaux ménagers légers : 43,8%
- faire leur toilette : 26,4%
- se déplacer à l'intérieur de la maison : 11,6%.

De plus, elles ont besoin

- de recevoir la visite du médecin à la maison : 46,6%
- de soins de la part d'infirmiers(ères) à la maison : 33,3%.

5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

Parmi les besoins des personnes âgées vivant à domicile, on distingue[1] d'abord des besoins essentiels: besoin d'aide pour préparer ses repas, effectuer ses travaux ménagers légers, faire sa toilette et soins d'infirmiers à la maison.[2]

Viennent ensuite certains besoins complémentaires: se déplacer à l'intérieur de la maison, se faire accompagner pour sortir et recevoir à l'occasion la visite du médecin à la maison.[3] Enfin, les travaux ménagers lourds constituent la troisième catégorie de besoins dans cette classification[4]. Parmi les personnes âgées vivant à domicile et recevant une aide quelconque:

- 68,1% ont certains besoins essentiels,
- 69,2% ont certains besoins complémentaires
- 92,5% ont besoin d'aide pour effectuer leurs travaux lourds.

L'importance de ces besoins croît dans le cas d'une mauvaise ou très mauvaise santé: 86,7% des aidants d'une personne âgée en mauvaise santé identifient des besoins essentiels à combler, tandis que seulement 57,4% en identifient dans le cas de personnes âgées en bonne santé.

5.2.1.4 Sources d'aide fournie à la personne âgée aidée

L'aide obtenue pour combler ces divers besoins provient de différentes sources. Dans le cas des besoins essentiels, elle provient

---

1 Selon une classification tridimensionnelle obtenue à partir d'une analyse factorielle de type varimax et expliquant 61,4% de la variance comprise dans le modèle.

2 Indicateurs du premier facteur.

3 Indicateurs du deuxième facteur.

4 Seul indicateur du troisième facteur.

5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

- du répondant et de son conjoint	:	61,4%[1]
- de sa famille	:	41,0%
- du secteur privé	:	3,0%
- du CLSC	:	2,4%
- de ses amis	:	2,4%
- de groupes communautaires	:	1,8%
- de ses voisins	:	0,2%
- autre	:	6,0%.

Dans le cas des besoins complémentaires, aucun service n'est rendu par le CLSC, les groupes communautaires et le secteur privé; le répondant et la famille de la personne âgée fournissent l'aide:

- le répondant et de son conjoint	:	56,9%[2]
- sa famille	:	55,1%
- ses amis	:	0,6%
- ses voisins	:	1,8%
- autre	:	1,8%.

Par contre, dans le cas des travaux lourds, en plus de l'implication très importante du répondant et de la famille (66,5%), le rôle du CLSC (3,4%) et du secteur privé (7,2%) peuvent être mentionnés.

Enfin, en ce qui concerne les besoins non comblés (de quelque nature qu'ils soient), il y a eu demande d'aide surtout auprès du CLSC (3,6%), la paroisse et les autres sources possibles d'aide ayant été mentionnées dans moins de 1% des cas.

5.2.1.5 Bénévolat réalisé par la personne âgée aidée

Selon Therrien et Bouchard (1983), 15% des personnes âgées produisent elles-mêmes des services d'assistance: c'est le cas de 16,3% selon les données de notre étude. En plus, 56,5% des personnes âgées à domicile rendent des services à

---

1 Possibilité de plusieurs réponses.

2 Possibilité de plusieurs réponses.

des membres de leur famille.[1] Les services qu'elles rendent sont les suivants (question 22):

- faire de la couture, du tricot : 32,7%[2]
- garder, amuser ou transporter les enfants : 30,3%
- faire la cuisine : 28,5%
- faire des commissions : 18,2%
- surveiller un domicile : 15,8%
- faire de l'entretien ménager : 14,5%
- faire du bricolage : 8,5%
- prêter de l'argent (endosser pour emprunt) : 7,9%
- autre : 6,1%.

5.2.2 La personne âgée vivant en institution

En 1979, près de 35 000 personnes âgées (65 ans et plus) vivaient dans des institutions sous contrôle du MAS, que ce soit dans les CA publics ou privés, dans les CHSP ou dans les CACH. Depuis, la demande n'a cessé de s'accroître, entraînant une sélection stricte des nouveaux admis se traduisant par un alourdissement des cas en institution. Dans un tel contexte, qui sont les personnes âgées vivant en institution et recevant de l'aide de leur famille?

5.2.2.1 Données générales

Pour commencer, rappelons que **les personnes âgées aidées vivant en institution représentent 41,2% de notre échantillon.** Selon la figure 5.2, la majorité de celles-ci vivent en centre d'accueil (67,2%) ou en centre hospitalier (28,0%)[3] et

---

1 Les personnes âgées ayant une incapacité physique quelconque font moins de bénévolat que les autres (13,4%/18,0%) et rendent moins service aux répondants ou aux autres membres de la famille (41,2%/65,2%).

2 Possibilité de plusieurs réponses.

3 Notre présentation des résultats sera faite selon deux scénarios différents. Dans un premier temps, il sera question de l'ensemble des personnes âgées aidées vivant en institution. Dans un second, nous examinerons leur situation selon le mode d'hébergement de la personne

ce, depuis 38,6 mois en moyenne (dans le cas des personnes âgées en centre d'accueil) ou 24,8 mois (dans le cas des personnes âgées en centre hospitalier).

a) Modalités d'entrée en institution

Selon les aidants, le médecin apparaît comme une personne ressource importante dans le processus de placement de la personne âgée. En effet, il est intervenu dans 25,9% des cas de placement en centre d'accueil et jusqu'à 51,9% dans le cas de placement en centre hospitalier. Le CLSC a aussi joué un rôle important (23,4%), mais seulement dans le cas de placement en centre d'accueil. Enfin, le CSS (ou le travailleur social) a surtout été impliqué dans le cas de placement en centre d'accueil, même s'il a eu à jouer un rôle quelconque dans 10% des cas de placement en centre hospitalier. Le tableau 5.9 fait état de toutes les personnes (ou organismes) à qui une intervention a été demandée.[1]

D'après les aidants, un grand nombre de personnes âgées auraient été incapables de décider du bien-fondé d'un placement en centre d'accueil (11,6%) et/ou en centre hospitalier (41,1%). Si on fait abstraction de ces cas, cette perspective de placement n'a pas été acceptée d'emblée par toutes les personnes âgées concernées. En effet, le tiers des personnes âgées placées se sont montrées défavorables au placement (32,4% des personnes âgées en centre hospitalier et 38,4% des personnes âgées en centre d'accueil).

Mentionnons, enfin, qu'il s'est écoulé en moyenne 68,2 jours entre les premières démarches entreprises et l'entrée de la personne âgée en centre hospitalier et jusqu'à 226,9 jours pour son entrée en centre d'accueil. Ces délais apparaissent acceptables à plus de 75% des aidants concernés.

âgée aidée, à l'exclusion de celles vivant en famille d'accueil (leur nombre étant trop restreint).

1 Avant leur hospitalisation, plus de la moitié des personnes âgées hospitalisées (59,0%) habitaient chez elles, selon leurs aidants, et le quart étaient déjà en centre d'accueil, les autres étant chez quelqu'un d'autre (12,7%), dans une maison de chambres (1,3%) ou ailleurs (2,6%).

5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

TABLEAU 5.9

Distribution des aidants relativement à la question: "A qui cette personne s'est-elle adressée en tout premier lieu pour faire entrer cette personne âgée en institution?" (%)

Premier intervenant	Personne âgée	
	En centre hospitalier (n=54)	En centre d'accueil (n=115)
Médecin	51,9	25,9
Personnel de l'hôpital	27,5	4,2
CLSC	----	23,4
CSS ou travailleur social	9,5	17,3
Autre	11,1	29,2

b) Revenu de la personne âgée aidée

De façon générale, ces personnes âgées qui vivent en institution, auraient selon leurs aidants un revenu moindre que les personnes vivant à domicile. En effet, 20,7% des personnes âgées aidées vivant en institution n'ont "d'autres sources de revenu que la pension de vieillesse et le régime des rentes": elles se distinguent significativement ainsi des personnes âgées à domicile qui dans une proportion de 27,5% auraient d'autres sources de revenu.

c) Visites à la personne âgée aidée

Selon les données que nous avons recueillies, les personnes âgées vivant en institution reçoivent plus de visites de leurs enfants que celles à domicile: 83,9% des personnes âgées en institution sont visitées très souvent ou souvent par leurs enfants (voir la section 5.1.1). Plus de 76,3% des aidants affirment voir la personne âgée aidée au moins une fois par semaine.

5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

5.2.2.2 Données relatives à la santé de la personne âgée aidée

a) Etat de santé

Selon une étude du MSSS (Béland, 1980), la première raison invoquée pour expliquer le fait d'être en institution (en centre hospitalier ou en centre d'accueil) est sans contredit la maladie ou la santé. Qu'en est-il de la santé de la personne âgée aidée qui vit en institution? **D'après leurs aidants, les personnes âgées en centre hospitalier ont une santé nettement plus mauvaise (77,6%)**[1] **que celles en centre d'accueil** (30,8%). Le tableau 5.10 fait état de ces différences.

TABLEAU 5.10

Distribution des personnes âgées aidées vivant en institution selon leur état de santé perçu (%)

Etat de santé	Personne âgée vivant en	
	centre hospitalier (n=58)	centre d'accueil (n=138)
Très bon	5,2	19,5
Bon	17,2	49,7
Mauvais ou très mauvais	77,6	30,8

Significatif à ,00.

Les personnes âgées vivant en centre hospitalier affichent, aussi, un taux d'incapacité physique nettement supérieur à celui des personnes âgées en centre d'accueil. En effet, 60,9% des personnes âgées en centre hospitalier ont, selon leurs aidants, un problème ou une incapacité quelconque au plan physique, alors que seulement 40,8% des personnes âgées en centre d'accueil seraient dans cette situation. Cette situation tient

1 Selon leurs aidants, seulement 17% des personnes âgées aidées pourront éventuellement sortir du centre hospitalier.

surtout à cette incapacité particulière qu'ont les personnes âgées en centre hospitalier à se déplacer autrement qu'en fauteuil roulant (voir le tableau 5.11).

TABLEAU 5.11

Distribution des personnes âgées aidées vivant en institution selon leur type d'incapacité physique (%)

Problèmes	Personne âgée vivant en	
	centre hospitalier (n=58)	centre d'accueil (n=138)
Problèmes pour se déplacer (se déplacent en fauteuil roulant)	45,6[1]	29,9
Problèmes de vision	6,2	2,8
Problèmes d'audition	11,4	13,8
Problème de la parole	4,6	0,5

[1] Possibilité de plusieurs problèmes.

b) Consommation de médicaments par la personne âgée aidée

La consommation de médicaments est beaucoup plus importante chez les personnes âgées en centre hospitalier que chez celles en centre d'accueil. Le tableau 5.12 fait état de cette consommation différentielle.

Par ailleurs, les aidants (d'une personne âgée en centre hospitalier ou en centre d'accueil), sont partagés relativement à cette consommation. En effet, parmi les aidants qui affirment que la personne âgée aidée prend beaucoup de médicaments, un sur deux dit qu'elle en prend trop.

5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

TABLEAU 5.12

Distribution des aidants quant à leur opinion sur la consommation de médicaments des personnes âgées vivant en institution (%)

Niveau de consommation	Personne âgée vivant en	
	centre hospitalier (n=50)	centre d'accueil (n=132)
Beaucoup	60,0	16,8
Moyennement	19,0	37,4
Peu	19,0	40,5
Pas du tout	2,0	5,3

5.2.2.3 Besoins de la personne âgée aidée

Les personnes âgées les plus malades, celles en centre hospitalier, affichent des besoins plus importants que celles en centre d'accueil; elles ont besoin d'aide pour s'alimenter dans une proportion de 62%. Le tableau 5.13 présente les différents besoins des personnes âgées en institution.

5.2.2.4 Sources d'aide fournie à la personne âgée aidée

Ces divers besoins et tout particulièrement les besoins les plus essentiels (pour faire sa toilette ou s'alimenter) sont généralement comblés par le personnel de l'institution. Malgré cela, le répondant et la famille jouent un rôle important; ce que le tableau 5.14 nous permet de constater. Quant à l'implication des groupes communautaires, elle est à peu près inexistante, si ce n'est dans le fait d'accompagner une personne âgée pour sortir du centre hospitalier.

5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

TABLEAU 5.13

Distribution des aidants déclarant des besoins à combler chez la personne âgée vivant en institution (%)

Besoins à combler	Personne âgée vivant en	
	centre hospitalier (n=58)	centre d'accueil (n=138)
S'alimenter	62,2[1]	22,4
Faire sa toilette	84,4	53,8
Se déplacer à l'intérieur de l'hôpital	56,0	28,9
Sortir	100,0	79,7

[1] Possibilité de plusieurs besoins.

TABLEAU 5.14

Distribution des aidants déclarant les sources d'aide fournie à la personne âgée vivant en institution (%)

Sources d'aide	Personne âgée vivant en	
	centre hospitalier (n=58)	centre d'accueil (n=138)
Personnel de l'hôpital (ou du centre d'accueil)	88,2[1]	64,4
Répondant ou son conjoint	32,2	29,2
Membre de la famille	43,9	42,1
Quelqu'un d'un groupe communautaire	4,4	----

[1] Possibilité de plusieurs aidants.

5.2 QUI EST LA PERSONNE AGEE AIDEE?

a) Bénévolat réalisé par la personne âgée aidée

En dépit de leur état de santé et de leur situation résidentielle particulière, 21,5% des personnes âgées en centre d'accueil arrivent à rendre des services à leurs aidants ou autres membres de la famille.

5.3 COMMENT S'IMPLIQUE-T-ON ENVERS LA PERSONNE AGEE?

L'aide que l'on peut apporter à une personne âgée peut être de divers ordres et être plus ou moins intense.

5.3.1 Implication générale de l'aidant

5.3.1.1 Implication de l'aidant dans le cas d'une personne âgée à domicile

Dans le cas d'une personne âgée à domicile, l'aidant s'impliquera[1] au niveau des besoins les plus essentiels[2] (préparer les repas, faire le lavage, faire le ménage de tous les jours et effectuer des travaux lourds[3]). Il pourra également apporter son concours en assurant à la personne âgée certaines facilités d'accompagnement ou de transport (accompagnement pour aller magasiner, transport pour ses visites médicales ou autres et aller faire ses commissions[4]). Il pourra encore l'assister par sa présence et ses conseils (lui tenir compagnie et s'occuper de ses affaires financières).[5]

Pour quantifier et qualifier l'implication des aidants interrogés, nous avons construit un indice (score d'implication) qui pondère l'importance de la tâche d'un aidant (dans le cas d'une personne âgée vivant à domicile)

---

1 Cette catégorisation tridimensionnelle de l'aide apportée a été obtenue à partir d'une analyse factorielle de type varimax qui explique 57,8% de la variance comprise dans le modèle.

2 Ces données ont été tirées des questions de dépistage, questions qui ont servi à déterminer l'éligibilité du répondant.

3 Indicateurs du premier facteur.

4 Indicateurs du deuxième facteur.

5 Indicateurs du troisième facteur.

5.3 COMMENT S'IMPLIQUE-T-ON ENVERS LA PERSONNE AGEE?

sans tenir compte toutefois de sa contribution financière (voir question de dépistage 7A).[1] Selon le score obtenu (pouvant varier entre 1 et 9), **le tiers des aidants (29,0%) sont très impliqués envers la personne âgée aidée, en particulier ceux qui habitent avec cette personne âgée, et 12,9% se montrent moyennement impliqués. Le tableau 5.15 fait état de cette distribution.**

TABLEAU 5.15

Distribution des aidants selon leur implication vis-à-vis une personne âgée vivant à domicile

Score d'implication	n	%
1 à 3	169	58,1
4 à 6	38	12,9
7 à 9	84	29,0
TOTAL	291	100,0

Comment expliquer cette implication différentielle? D'abord, il est important de mentionner que les moins impliqués dans cette tâche d'aide investissent moins au niveau des besoins les plus essentiels (39,2%) pour se consacrer plutôt à des tâches d'accompagnement ou de transport et/ou à des tâches d'assistance (60,8%). Les autres, les plus impliqués, investissent nécessairement au niveau des besoins les plus essentiels, tout en s'occupant des autres tâches. Cette implication est en partie fonction de l'état de santé de la personne âgée aidée. En effet, dans le cas d'une personne âgée en mauvaise ou très mauvaise santé, on note une implication plus grande de l'aidant (score moyen: 5,04), supérieure au cas d'une personne âgée en très bonne santé (score moyen: 3,95) et d'une personne âgée en bonne santé (score moyen: 4,65). Si l'état de santé est un facteur explicatif d'importance, le fait d'avoir au plan physique un problème ou une incapacité quelconque apparaît comme un facteur encore plus déterminant. Les aidants des personnes âgées présentant un handicap

1 Les éléments sont pondérés par leur importance dans le modèle, soit à partir de la proportion de variance expliquée par chacun des facteurs obtenus (voir Annexe B).

physique s'impliquent de façon plus intense (score moyen: 5,34) que les autres aidants (score moyen: 4,49).

5.3.1.2 Implication de l'aidant dans le cas d'une personne âgée en institution

L'aidant d'une personne âgée en institution peut s'impliquer au niveau des besoins les plus essentiels (aider à manger, à faire sa toilette ou à faire son lavage), mais ordinairement **il s'occupe plutôt des tâches d'assistance ou d'accompagnement (accompagner pour sortir, tenir compagnie et participer aux activités organisées en institution) ou de ses affaires financières.**[1]

De façon générale, **l'implication des aidants d'une personne âgée en institution est faible.** En effet, à partir d'un score d'implication variant entre 0 et 7,[2] nous pouvons voir que seulement 4% des aidants affichent une implication élevée (> 4,66) et que le tiers (34,0%) ont une implication moyenne (voir le tableau 5.16).

TABLEAU 5.16

Distribution des aidants selon leur implication vis-à-vis une personne âgée vivant en institution

Score d'implication	n	%
0 à 2.33	128	62.0
2.34 à 4.66	70	34,0
4.67 à 7.00	8	4,0
TOTAL	206	100,0

1 Seulement 20,4% de ces aidants s'impliquent au niveau des besoins les plus essentiels. On s'occupe plutôt dans ce cas des tâches d'assistance ou d'accompagnement (97,0%) ou des affaires financières de la personne âgée (34,0%).

2 Score établi selon la même procédure que précédemment, mais à l'aide des éléments de la question de dépistage D7B (voir la section 5.3.1.1).

5.3 COMMENT S'IMPLIQUE-T-ON ENVERS LA PERSONNE AGEE?

L'intensité de cette implication ne peut aucunement être expliquée par le type d'institution où réside la personne âgée aidée, son état de santé ou le fait d'avoir ou non un handicap physique.

5.3.2 Implication temporelle de l'aidant

Combien de temps les répondants qui aident une personne âgée lui consacrent-ils? Dans le cas où la personne âgée vit avec l'aidant (26,0% des aidants à domicile), l'investissement temporel est très grand. Chez les autres, par contre, l'investissement peut être beaucoup moindre. En effet, le quart des aidants consacre moins de 9 heures par mois à la personne âgée aidée (voir le tableau 5.17).

TABLEAU 5.17

Distribution des aidants selon le temps consacré à la personne âgée aidée (%)

Temps consacré	Personne âgée		
	A domicile (n=206)	En centre hospitalier (n=58)	En centre d'accueil (n=138)
8 heures et moins	25,2	32,2	34,8
9 heures et plus	74,8	67,8	65,2

5.3.3 Implication financière de l'aidant

Le pourcentage d'aidants apportant une contribution financière à leur parent âgé se répartit comme suit:

- 11,1% chez les aidants de personnes âgées à domicile
- 9,0% chez les aidants de personnes âgées en centre hospitalier
- 8,4% chez les aidants de personnes âgées en centre d'accueil.

5.3 COMMENT S'IMPLIQUE-T-ON ENVERS LA PERSONNE AGEE?

La dépense annuelle pour aider une personne âgée se chiffre en moyenne à 788.00$ pour une personne âgée à domicile (n=20).

5.4 EVALUATION DE LA SITUATION D'AIDANT

L'aide apportée à une personne âgée a, nous l'avons vu, de multiples facettes: soins personnels, soins médicaux, tâches domestiques, etc. Selon Stephens et Christianson (1986), la famille et les amis qui investissent dans cette prise en charge doivent souvent restreindre leur participation à d'autres activités, modifier le type de relations qu'ils entretiennent et assumer du travail physique et des sacrifices financiers supplémentaires.

5.4.1 Conséquences de l'aide apportée

5.4.1.1 Conséquences sur la vie professionnelle de l'aidant

Pour 11,8% des aidants concernés qui travaillent, prendre en charge une personne âgée à domicile signifie un certain "désinvestissement" au niveau du travail rémunéré[1] et, même pour 7,1% des cas, une cessation complète. La figure 5.5 fait référence aussi à d'autres conséquences possibles.

5.4.1.2 Conséquences sur la vie personnelle et familiale

Le fait d'aider une personne âgée peut avoir des conséquences sur la vie personnelle et familiale de l'aidant; le lieu d'hébergement de la personne âgée apparaît ici comme un facteur explicatif important. Ainsi, **environ la moitié des aidants qui apportent une aide quelconque à une personne âgée à domicile (47,3%) ou en centre hospitalier (44,8%) affirment avoir à subir les conséquences de cette prise en charge sur leur vie personnelle et familiale:** ils ne peuvent consacrer autant de temps à leur conjoint et à leurs enfants et leurs temps libres sont limités. Par contre, la situation des aidants d'une personne âgée en centre d'accueil apparaît moins difficile: seulement 35,5% mentionnent un manque de temps quelconque et des problèmes avec les autres membres de la famille (voir la figure 5.6).

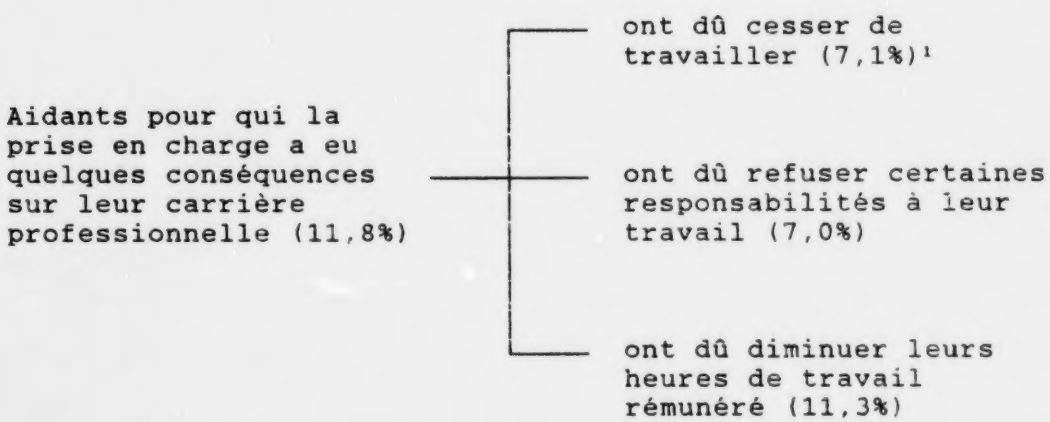
---

1 Cette dimension a été déterminée à l'aide de l'analyse factorielle de type varimax. Elle regroupe les trois indicateurs suivants: cessation complète du travail, diminution des heures de travail et refus de certaines responsabilités au travail (Question A36D).

5.4 EVALUATION DE LA SITUATION D'AIDANT

FIGURE 5.5

Conséquences de l'aide apportée sur la vie professionnelle des aidants (Question A36)

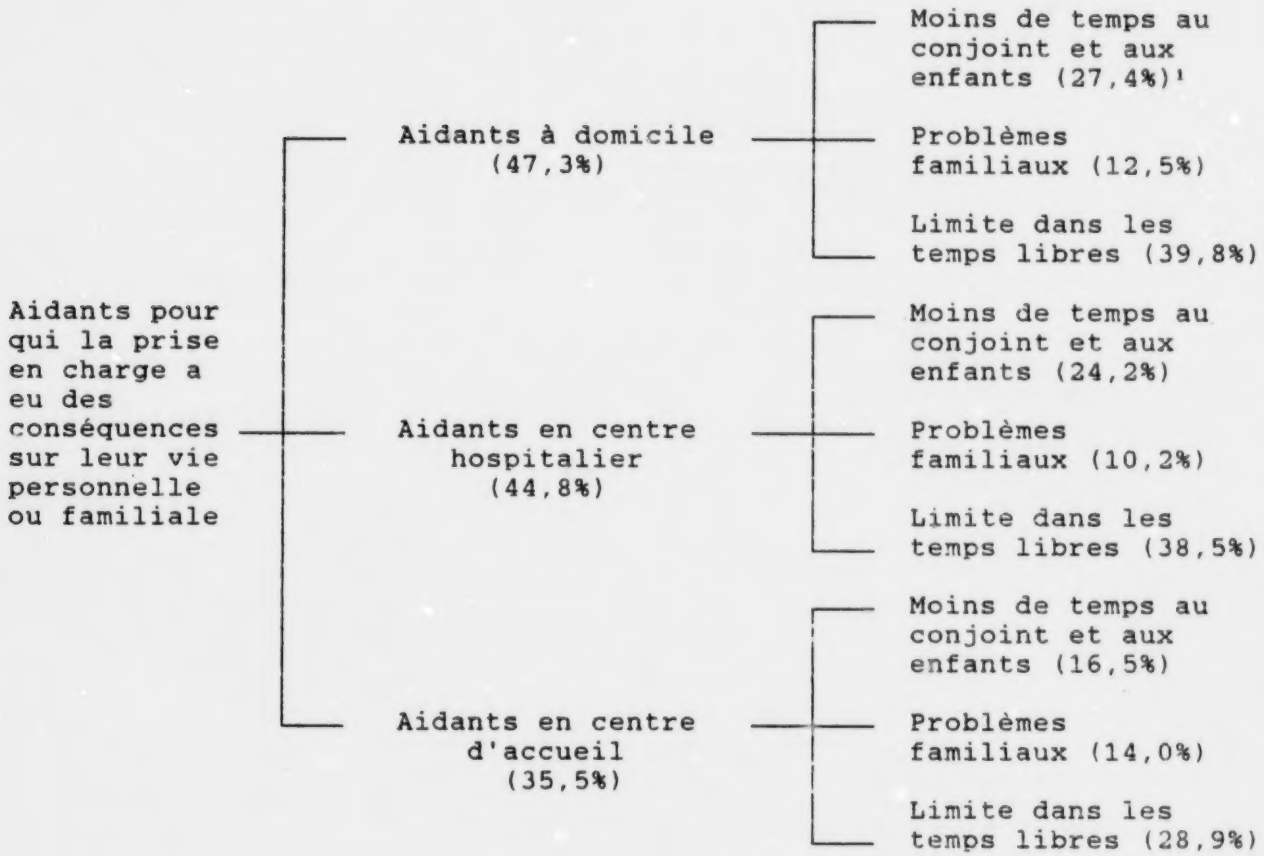


[1] Possibilité de plusieurs réponses.

5.4 EVALUATION DE LA SITUATION D'AIDANT

FIGURE 5.6

Conséquences de l'aide apportée sur la vie personnelle ou familiale des aidants (Question A36)



[1] Possibilité de plusieurs réponses.

5.4 EVALUATION DE LA SITUATION D'AIDANT

5.4.2 Difficulté de cette prise en charge

Qu'en est-il de cette prise en charge et des conséquences qui en découlent? S'occuper d'une personne âgée est-il difficile? Selon les données recueillies, **le fait de s'occuper d'une personne âgée à domicile apparaît difficile surtout au plan moral. Seulement un aidant sur cinq (22,0%) affirme que le fait de s'occuper d'une personne âgée à domicile lui est difficile au plan physique, alors qu'au plan moral, cette difficulté est mentionnée dans deux cas sur cinq (40,9%).** Cette différence significative peut être constatée au tableau 5.18.

TABLEAU 5.18

Distribution des aidants à domicile selon la difficulté associée à l'aide apportée à une personne âgée (%)

	Difficulté rencontrée			
	Au plan moral (n=294)		Au plan physique (n=294)	
Très facile	17,6		20,5	
Facile	41,5		57,5	
Difficile	33,5	40,9	18,0	22,0
Très difficile	7,4		4,0	

Cette situation varie selon le lieu d'hébergement de la personne âgée aidée. Ainsi, le plus difficile pour l'aidant concerné, c'est d'avoir une personne âgée en centre hospitalier (65,7%) et la situation la plus facile est encore d'en avoir une à domicile ou en centre d'accueil (voir le tableau 5.19). Cette situation s'explique probablement du fait que la personne âgée en centre hospitalier est en moins bonne santé que celle des autres situations (voir le tableau 5.10).

5.4 EVALUATION DE LA SITUATION D'AIDANT

TABLEAU 5.19

Distribution des aidants selon la difficulté rencontrée au plan moral dans le fait de s'occuper d'une personne âgée (%)

	Personne âgée		
	A domicile (n=294)	En centre hospitalier (n=56)	En centre d'accueil (n=138)
Très facile	17,6	8,7	23,8
Facile	41,5	25,7	38,1
Difficile	33,5	45,5	34,5
Très difficile	7,4 — 40,9	20,2 — 65,7	3,6 — 38,1

La difficulté de s'occuper, au plan physique, d'une personne âgée à domicile semble varier selon l'âge de l'aidant. Selon le tableau 5.20, il devient de plus en plus difficile au plan physique de s'occuper d'une personne âgée à mesure que l'on vieillit: 13,7% des aidants de moins de 35 ans trouvent difficile de s'occuper d'une personne âgée au plan physique, alors que 37,4% des 55 ans et plus l'affirment.

De plus, cette difficulté est particulièrement ressentie chez les moins scolarisés et les moins bien nantis. Le tableau 5.20 fait état de ces différences.

Comment cette aide peut-elle être rendue plus facile au plan physique? Selon 84,6% des aidants concernés (N=65)[1], l'Etat devrait prêter son concours (par du soutien financier, de l'information, du gardiennage et autres), tandis que 30,8%

---

1 Selon le tableau 5.18, 22,0% des aidants ont affirmé que le fait de s'occuper d'une personne âgée était difficile au plan physique.

réclament de l'aide d'autres membres de la famille ou du soutien moral[1].

TABLEAU 5.20

Distribution des aidants selon la difficulté ressentie au plan physique dans le fait de s'occuper d'une personne âgée à domicile, compte tenu de certaines de leurs caractéristiques (%)

Difficulté rencontrée	Age		
	Moins de 35 ans (n=120)	35 à 54 ans (n=110)	55 ans et plus (n=57)
Facile	86,3	78,0	62,6
Difficile	13,7	22,0	37,4

Difficulté rencontrée	Scolarité	
	12 ans et moins (n=187)	13 ans et plus (n=104)
Facile	73,0	86,5
Difficile	27,0	13,5

Difficulté rencontrée	Revenu	
	Moins de 40 000$ (n=154)	40 000$ et plus (n=53)
Facile	75,5	94,0
Difficile	24,5	6,0

Significatif à $\leq$,05.

1 Pourcentages non cumulatifs, possibilité de plusieurs réponses (Question 41).

5.4 EVALUATION DE LA SITUATION D'AIDANT

5.4.3 Evaluation de l'aide obtenue

De ce qui précède, il ressort que les personnes âgées aidées recourent peu aux secteurs public et communautaire pour combler leurs besoins (voir la section 5.2.1.4), mais bien plutôt à leur réseau familial (conjoint, répondant ou famille), sauf en ce qui a trait aux soins de santé où les services du médecin et les soins de la part d'infirmiers(ères) sont requis. Malgré ce recours minimal, 72% des aidants affirment que la personne âgée aidée a reçu toute l'aide et tous les services qu'elle aurait pu attendre du secteur public (question 44A). Soulignons que 23,5% des aidants insatisfaits (ceux qui affirment que la personne âgée aidée n'a pas reçu toute l'aide attendue du secteur public) ont déjà porté plainte pour des services de santé ou des services sociaux, contre seulement 8,8% des aidants satisfaits.

Selon ces mêmes données, 3,8% des personnes âgées vivant à domicile ont pu bénéficier de l'aide de groupes bénévoles (ou groupes de quartiers) et 64,6% de celles-ci en auraient reçu toute l'aide attendue (question 44C). L'aide reçue concerne tous les besoins de la personne âgée aidée (besoins essentiels, complémentaires et autres). Enfin, 15,8% des aidants ont fait "personnellement des démarches pour une personne âgée auprès des services de santé ou des services sociaux" et, parmi ceux-là, 51,8% se sont dits satisfaits des résultats obtenus.

5.4.4 Solution à préconiser en cas d'une détérioration de la santé de la personne âgée vivant à domicile

Selon les aidants d'une personne âgée à domicile, la meilleure solution pour la personne âgée aidée serait, si son état de santé se détériorait,

- qu'elle continue de vivre là où elle vit actuellement : 31,2%
- qu'elle ait une place en centre d'accueil : 58,5%
- autre (à l'hôpital, dans une résidence pour personne âgée, chez ses enfants) : 10,3%.

5.4 EVALUATION DE LA SITUATION D'AIDANT

Par contre, la solution préconisée dépend du fait que cette personne âgée vit seule, ou du fait qu'elle vit avec son conjoint ou avec quelqu'un d'autre. Le tableau 5.21 fait état de ces différences d'opinions.

TABLEAU 5.21

Distribution des aidants selon la solution préconisée en cas d'une détérioration de la santé de la personne âgée aidée (%)

Solution préconisée	Personne avec qui vit la personne âgée		
	Seule (n=80)	Conjoint (n=85)	Autre (répondant et autre) (n=112)
Continuer de vivre où elle vit actuellement	19,6	41,5	31,3
Avoir une place en centre d'accueil	65,6	45,6	63,4
Autre	14,8	12,9	5,3

Significatif à < ,05.

5.5 L'AIDE APPORTEE A UNE PERSONNE AGEE SELON LE GROUPE LINGUISTIQUE DE L'AIDANT[1]

D'après certaines études, les groupes linguistiques ont un comportement différent vis-à-vis leur personne âgée. Delude (1985), par exemple, affirme que les milieux anglophones préconisent en général l'approche communautaire pour régler les problèmes de solitude chez les personnes âgées (80%) et, à plus de 50%, cette approche apparaît être la solution aux problèmes de soins et d'aide à domicile. D'après nos données, comment les différents groupes linguistiques se distinguent-ils dans la prise en charge d'une personne en perte ou en manque d'autonomie?

5.5.1 Prévalence

Soulignons tout d'abord que les anglophones et les allophones sont beaucoup moins nombreux que les francophones à connaître un parent âgé (voir le tableau 5.22).[2]

---

1 Notre analyse selon les groupes linguistiques se limitera à la région de Montréal, du fait de la forte concentration des anglophones et des allophones dans cette région.

2 Cette différence significative peut s'expliquer par la compréhension de la question (restreignant à la présence d'un parent âgé au Québec), reproduisant ainsi les effets d'une émigration ou d'une immigration plus ou moins récente. Cette différence peut aussi s'expliquer par le fait que, dans plusieurs cas, ces parents sont déjà disparus (guerres, révolutions, etc.).

5.5 L'AIDE APPORTEE A UNE PERSONNE AGEE SELON LE GROUPE LINGUISTIQUE DE L'AIDANT

TABLEAU 5.22

Distribution des répondants montréalais ayant dans leur parenté une personne âgée de 65 ans et plus selon leur langue maternelle (%)

Présence d'un parent âgé	Langue maternelle		
	Français (n=572)	Anglais (n=122)	Autre (n=90)
Oui	76,3	45,7	50,2
Non	23,7	54,3	49,8

Significatif à ,00.

De plus, les non-francophones qui connaissent une personne âgée ont tendance à se distinguer des francophones quant à leur implication relativement à cette personne âgée. En effet, 8,1% des anglophones et 7,5% des allophones qui connaissent une telle personne âgée lui apportent une aide quelconque, alors que seulement 5,8% des francophones se trouvent dans la situation d'aidant.[1]

---

1 Cette différence tient à plusieurs facteurs. En plus des facteurs culturels, il y a peut-être le fait que les francophones d'âge susceptible d'aider un parent âgé viennent de familles plus nombreuses que les anglophones. Il y a peut-être aussi le fait que les allophones sont susceptibles d'avoir peu de frères et soeurs au pays pour aider leur parent âgé. Enfin, rappelons que, dans la population générale, les anglophones sont plus nombreux que les francophones (38,0%/26,7%) à pratiquer le bénévolat (voir la section 4.4).

5.5 L'AIDE APPORTEE A UNE PERSONNE AGEE SELON LE GROUPE LINGUISTIQUE DE L'AIDANT

Enfin, selon nos données, **chez les non-francophones, il y a plus de personnes âgées à domicile que chez les francophones[1] et ces personnes âgées non francophones ont moins tendance à vivre seules que les francophones.** La figure 5.7 présente sous forme de schéma cette distribution.

5.5.2 L'implication envers la personne aidée à domicile

Comme nous l'avons déjà vu, l'implication auprès de la personne âgée à domicile se fait au niveau des besoins les plus essentiels, au niveau de facilités d'accompagnement et de transport et au niveau d'une certaine assistance (voir la section 5.3). Elle apparaît plus ou moins intense et cette intensité s'explique en partie par l'état de santé de la personne âgée. Qu'en est-il de l'implication des groupes linguistiques relativement à leurs personnes âgées? Selon les données recueillies, **les non-francophones se distinguent encore des francophones: ils affichent une implication plus élevée envers leur personne âgée vivant à domicile.** Ainsi, à partir d'un score d'implication variant entre 1 et 9[2], on constate que **40% des non-francophones ont une implication élevée, alors que seulement 24,2% des francophones affichent un tel niveau d'implication** (voir le tableau 5.23).

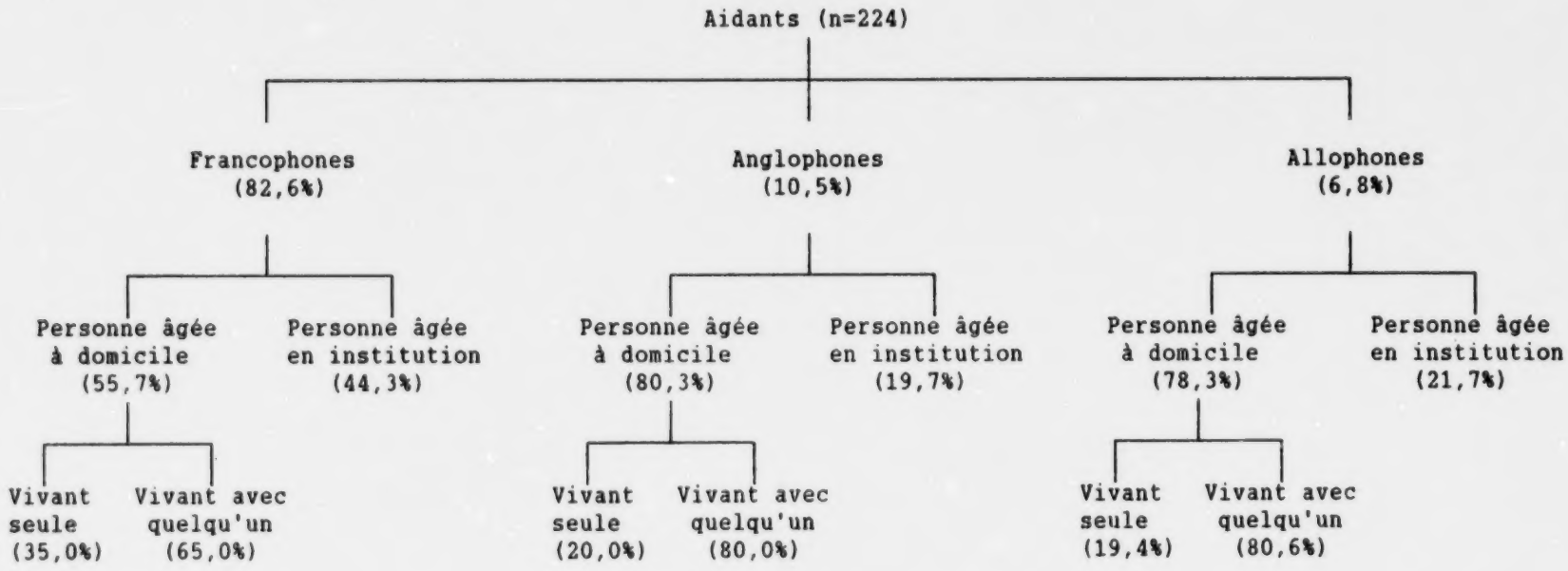
---

1 A titre indicatif, 17,1% des personnes âgées à domicile aidées par des francophones ont déjà fait une demande pour aller en centre d'accueil, tandis que seulement 3,2% des non-francophones auraient accompli une telle démarche.

2 Pour plus d'informations sur ce score, voir la section 5.3.1.1 et l'Annexe B.

FIGURE 5.7

Distribution des aidants montréalais selon leur mode d'hébergement compte tenu de leur langue maternelle



5.5 L'AIDE APPORTEE A UNE PERSONNE AGEE SELON LE GROUPE LINGUISTIQUE DE L'AIDANT

TABLEAU 5.23

Distribution des aidants montréalais selon leur implication vis-à-vis une personne âgée à domicile compte tenu de leur langue maternelle (%)

Score d'implication	Langue maternelle	
	Français (n=100)	Anglais et autres (n=30)
1 à 3	64,6	50,0
4 à 6	11,3	10,0
7 à 9	24,1	40,0

Quant à leur implication envers leur personne âgée vivant en institution, les non-francophones ne se distinguent pas des francophones: ils ont une implication toute aussi faible que ces derniers (62,5%/60,3%). Soulignons que seulement le tiers des non-francophones et des francophones ont une implication moyenne ou très élevée (37,5%/39,7%).

5.5.3 Evaluation de leur situation d'aidant

La prise en charge d'une personne âgée peut signifier un certain "désinvestissement" au niveau du travail rémunéré (voir la section 5.4), mais ce "désinvestissement" ne diffère pas d'un groupe linguistique à l'autre. Par contre, le niveau de conséquences sur la vie personnelle et familiale de la prise en charge varie selon le groupe linguistique. En effet, le fait d'aider une personne âgée à domicile signifie pour 52,2% des allophones, pour 34,2% des anglophones et pour 26,6% des francophones une limitation du temps disponible (pour le conjoint et les enfants ou pour les temps libres) et une source possible de problèmes avec les autres membres de la famille (question A36D).

En général, la prise en charge d'une personne âgée apparaît plus difficile au plan moral qu'au plan physique et cette constatation demeure, quel que soit le groupe linguistique. Par contre, il ressort de notre analyse que **cette prise en charge est plus difficile à supporter pour les non-franco-**

phones que pour les francophones. En effet, 29,0% des non-francophones affirment que le fait de s'occuper d'une personne âgée est difficile au plan physique, alors que seulement 17,7% des francophones font une telle affirmation. A titre indicatif, mentionnons que pour la totalité des aidants francophones, s'occuper d'une personne âgée pourrait être facilité par le concours de l'Etat (par du soutien financier, de l'information, du gardiennage et autres), alors que cinq non-francophones sur six manifestent une telle opinion. Par contre, les non-francophones sont plus nombreux (2/3) que les francophones (1/5) à réclamer du soutien de l'entourage et d'autres membres de la famille.

En terminant, soulignons que la satisfaction concernant l'aide obtenue du secteur public ne varie pas selon la langue maternelle.

Quant à l'aide des groupes communautaires, peu de personnes âgées, selon leurs aidants, y ont recours et ceux qui y ont recours se retrouvent surtout parmi les francophones (17,8%), seulement 3,3% des non-francophones ayant pu bénéficier d'une telle aide.

5.5.4 Opinions sur le système de santé et des services sociaux

En général, les aidants, quelle que soit leur langue, se montrent satisfaits du système de santé québécois. Par contre, sur la difficulté "de trouver une place en centre d'accueil pour une personne âgée qui ne peut plus vivre à domicile" (Question H24B), les opinions sont moins homogènes: 66,7% des francophones et 67,4% des allophones affirment que cette tâche est très difficile, alors que seulement 49,3% des anglophones font une telle affirmation (voir le tableau 5.24).

Les non-francophones se montrent en général moins favorables que les francophones à ce que les personnes gardant chez elles un parent âgé reçoivent une certaine forme d'allocation gouvernementale. Plus de 30% des non-francophones se disent en désaccord avec une telle position, alors que seulement 16,7% des francophones partagent cette opinion (voir le tableau 5.25).

5.5 L'AIDE APPORTEE A UNE PERSONNE AGEE SELON LE GROUPE LINGUISTIQUE DE L'AIDANT

TABLEAU 5.24

Distribution des aidants montréalais selon leur évaluation de la difficulté à trouver une place en centre d'accueil pour une personne âgée, compte tenu de leur langue maternelle (%)

	Langue maternelle		
	Français (n=179)	Anglais (n=22)	Autre (n=14)[1]
Très facile ou facile	10,3	----	9,3
Difficile	23,0	50,7	23,3
Très difficile	66,7	49,3	67,4

Significatif à ,05.

TABLEAU 5.25

Distribution des aidants montréalais selon qu'ils favorisent ou non une certaine forme d'allocation gouvernementale aux personnes qui gardent chez elles un parent âgé, compte tenu de leur langue maternelle (%)

	Langue maternelle		
	Français (n=178)	Anglais (n=22)	Autre (n=15)
Tout à fait d'accord	52,4	26,2	19,6
Plutôt d'accord	30,9	44,6	41,3
Plutôt ou tout à fait en désaccord	16,7	29,2	39,1

Significatif à ,02.

1 Selon notre plan échantillonnal, la région de Montréal a été suréchantillonnée de façon à avoir un plus grand nombre d'anglophones et d'allophones. Les nombres présentés ici sont les nombres pondérés. qui, tout en étant conformes à la réalité, représentent beaucoup plus d'entrevues complétées qu'il ne paraît (voir le chapitre 3).

Enfin, la langue des aidants ne permet pas de déceler des opinions particulières quant à une contribution éventuelle au coût des services de santé.

5.5.5 Tendances de consommation en services sociaux et services de santé

Les aidants non francophones affichent des tendances de consommation différentes de celles des francophones. Ainsi, **dans une situation de devoir placer un parent âgé** (question H24A), **les non-francophones s'adresseraient en premier lieu au CSS, en second lieu à un médecin et en troisième lieu seulement au CLSC. Chez les francophones, par contre, on adopterait la démarche inverse, soit le CLSC en premier lieu et le CSS en quatrième** (voir le tableau 5.26).

TABLEAU 5.26

Premier intervenant éventuel en cas de placement selon les groupes linguistiques

Aidants Francophones			Aidants Non-francophones		
Priorité	Intervenant	%	Priorité	Intervenant	%
(1)	CLSC	34,7	(1)	CSS et travailleur social	31,4
(2)	Autre	21,6	(2)	Médecin	22,9
(3)	Médecin	19,6	(3)	CLSC	20,0
(4)	CSS et travailleur social	19,0	(4)	Autre	20,0
(5)	Hôpital	5,2			

CHAPITRE VI

SOULAGER SON MAL DE DOS

RESUME DES FAITS SAILLANTS DU CHAPITRE

1. Qui souffre de maux de dos chroniques au Québec?

. Au cours des deux dernières années, 11%[1] de la population québécoise a souffert de maux de dos chroniques (ayant duré au moins six mois).

. Exception faite des jeunes adultes et des personnes âgées, la prévalence des maux de dos se compare d'une catégorie d'âge à l'autre.

. Les femmes représentent 62% de la population atteinte (hommes: 38%).

. Les taux de prévalence chez les professionnels, les cols blancs, les cols bleus et les individus aux soins de la maison sont comparables. Cependant, plus de sujets ont des degrés de gravité élevé chez les cols bleus et les individus aux soins de la maison.

. Comparativement à la population non atteinte, les sujets souffrant de maux de dos rapportent pratiquer un plus grand nombre de bonnes habitudes de vie.

. 81% de la population atteinte a utilisé l'un ou l'autre des services du réseau (pour quelque raison que ce soit), comparativement à 71% de la population non atteinte.

. Les thérapeutes alternatifs ont été consultés par 37% de la population atteinte et par 11% de la population non atteinte.

2. Quels sont les problèmes associés aux maux de dos?

. Les sujets de l'échantillon souffrent d'une condition véritablement chronique: ils ont mal au dos depuis 9 ans en moyenne. Pour la moitié de la population atteinte, les douleurs au dos sont presque toujours présentes.

---

[1] Dans ce résumé, les pourcentages sont arrondis. Les taux exacts se retrouvent dans le rapport.

. Les répercussions des maux de dos sont importantes:

- absence au travail (45% des travailleurs atteints)
- ralentissements au travail (pour 35% des travailleurs qui n'ont jamais dû s'absenter)
- problèmes divers avec l'employeur (7% des travailleurs)
- ralentissements dans le travail domestique (74%)
- entrave à la pratique d'activités physiques (67%).

. Les accidents sont la première cause identifiée par les sujets comme responsable de leur problème - particulièrement les accidents de travail.

. 14% de la population atteinte reçoit des dédommagements relativement à leurs maux de dos (principalement de la CSST).

. La moitié des sujets sont optimistes: ils croient qu'ils réussiront un jour à faire disparaître leurs douleurs. Les sujets âgés de 35 ans et plus comptent moins de sujets optimistes (43%) que les adultes de moins de 35 ans (58%). Plus de pessimistes (60%) que d'optimistes se retrouvent par ailleurs chez les cas graves.

3. <u>Vers quelles options thérapeutiques la population atteinte se tourne-t-elle?</u>

. La population atteinte a eu recours aux intervenants selon les taux suivants:

- omnipraticien: 48%
- spécialiste: 35%
- physiothérapeute: 22%
- praticien alternatif: 44%.

. Un sujet sur trois met en pratique des comportements destinés à prévenir ou à guérir ses maux de dos.

. Parmi la clientèle des médecins et des physiothérapeutes se trouvent plus de cas à l'indice de gravité élevé que de cas à l'indice de gravité faible. Cette observation semble valoir également chez les patients suivis en acupuncture. Dans la clientèle des chiropraticiens et des autres praticiens alternatifs, on retrouve autant de cas plus graves que moins graves.

. Des patterns sont observés dans le recours aux diverses options thérapeutiques:

  - la physiothérapie est médiatisée par le corps médical;

  - la consultation des praticiens alternatifs est plus élevée chez ceux qui n'ont pas consulté de médecins;

  - les comportements d'auto-santé sont moins répandus chez ceux qui ont consulté les omnipraticiens ou les praticiens alternatifs, même si ceux-ci apparaissent comme des sources importantes de conseils sanitaires pour le dos.

. Les patients des médecines douces sont peu nombreux à consulter un médecin au cours de la période de traitement dit "alternatif" (12 à 34%).

. L'activité physique est le comportement d'auto-santé le plus répandu; après l'application de chaleur ou de glace, il est également le plus efficace lors d'une crise de dos.

4. <u>Comment se comparent les options thérapeutiques (avec intervenant) les unes avec les autres</u>?

. Plusieurs sujets investissent considérablement en temps et en argent pour se soigner: les patients en chiropratique et en acupuncture sont suivis pendant respectivement plus de 8 et 4 mois.

. Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste est relativement court: 1,5 mois; il est beaucoup plus long en physiothérapie (18,2 semaines pour un rendez-vous à l'hôpital).

. L'activité physique est le conseil le plus fréquemment donné par tout type d'intervenant. L'application de chaleur ou de glace est également fréquemment mentionnée. Les professionnels médicaux et paramédicaux et les praticiens alternatifs sont aussi nombreux à prodiguer des conseils à leurs patients.

. Les données sur la satisfaction et l'efficacité perçue sont plus favorables à l'égard des non-médecins:

- examen physique suffisant:	plus de satisfaction chez les patients des non-médecins
- explication suffisante des traitements proposés:	plus de satisfaction chez les patients des non-médecins
- aide de l'intervenant pour mieux comprendre son problème:	plus de satisfaction chez les patients des non-médecins
- améliorations après un mois:	plus marquées en chiropratique et en acupuncture
- intervenant apportant le meilleur soulagement[1]:	le praticien alternatif, sinon le physiothérapeute.

. Malgré les indicateurs précédents, si c'était à refaire, les patients des diverses options se disent autant disposés à retourner voir les médecins que les autres intervenants. De surcroît, le spécialiste et le physiothérapeute recueillent le plus de sujets prêts à les recommander à un ami qui souffrirait du dos.

. Pour chacune des options thérapeutiques avec intervenants, l'inefficacité est la principale raison invoquée par les quelques sujets qui n'y recoureraient plus éventuellement.

---

[1] Demandé uniquement aux sujets ayant consulté plus d'un type d'intervenant.

6.0 INTRODUCTION

Dans tous les écrits sur les maux de dos (et particulièrement dans la littérature populaire), on signale combien les maux de dos empoisonnent l'existence et constituent "l'un des maux les plus communs, causant douleurs et difficultés à remplir les activités de la vie quotidienne" (Lehmann et Abelin, 1986, p. 376). Qu'il s'agisse de maux de dos reliés au travail ou non, un très grand nombre d'individus cherchent (désespérément, ajoute la littérature populaire) un soulagement qu'ils ne trouvent pas facilement et requièrent l'aide de "quiconque" est prêt à leur apporter un soulagement d'une façon ou d'une autre.[1]

Peu de recherche est effectuée sur les maux de dos au Québec et au Canada (Spitzer, 1986). Les statistiques établies en santé/sécurité du travail montrent que les affections vertébrales chez les travailleurs engendrent un coût annuel d'au moins 150 millions $ au Québec (21 millions $ en coûts médicaux et 129 millions $ en indemnisation) (Spitzer, 1986). En 1981, les demandes de réclamation pour des cas de dos s'élevaient à 16,6% de l'ensemble de toutes les réclamations déposées auprès de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (Abenhaim et al., 1985; Spitzer, 1986). Par ailleurs, le diagnostic des maux de dos n'est pas sans poser de problèmes. Des dimensions psychologiques peuvent leur être associées, à tort ou à raison. La relation patient/médecin s'en trouve parfois obscurcie. Enfin, d'autres approches que celles de la médecine classique sont offertes à ceux qui souffrent de maux de dos. Examinons plus en détail quelques-unes de ces caractéristiques.

D'après Anderson (1986), la définition des maux de dos est un des principaux problèmes que rencontrent ceux qui poursuivent des études épidémiologiques sur les affections vertébrales. Le physiatre québécois, Dr Michel Dupuis (1986) (voir aussi Spitzer, 1986) souligne que le diagnostic des maux de dos

---

1 Nous ne décrirons pas ici les différents types d'affections vertébrales (dorsalgies, lombalgies, etc.), pas plus que nous n'aborderons leurs diverses causes ou les multiples problèmes auxquels sont confrontés ceux qui en souffrent. Le lecteur intéressé à ce sujet est invité à consulter l'abondante littérature sur les maux de dos et en particulier les ouvrages de vulgarisation de Dupuis (1982) et de Maigne (1983) ou encore le document d'autoformation produit par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (Bélisle et Otis, 1986).

pose des difficultés particulières. Lehmann et Abelin (1986) rappellent également que très souvent, les constatations cliniques ne permettent pas "d'objectiver précisément la douleur ou la cause de la douleur" (p. 378). Les praticiens ne s'entendent pas sur une standardisation du vocabulaire (c'est pourquoi le groupe de travail québécois présidé par Spitzer (1986) a proposé une classification originale et systématique). Plusieurs synonymes existent dont la signification varie d'un pays à l'autre ou même d'une profession à l'autre. Le diagnostic radiographique peut ne pas être relié aux symptômes ressentis et enfin le diagnostic clinique est difficile parce que la colonne vertébrale est une structure profonde, bien entourée. Dupuis cite des cas où le diagnostic, pour un même patient, a varié d'un moment à l'autre chez le même médecin ou au même moment chez des médecins différents. Que ces diagnostics aient varié à tort ou à raison, le patient ne se sent probablement pas pleinement rassuré sur son compte ni sur son sort.

Une autre caractéristique des maux de dos en fait un problème de choix dans le cadre de la présente enquête: règle générale, ils ne sont pas apparents chez autrui et comme ils ne sont pas faciles à diagnostiquer, la dimension psychosomatique peut venir colorer le discours, les attitudes, sinon la pratique des intervenants et des autres acteurs concernés. Les aspects psychologiques des maux de dos intéressent les auteurs autant en ce qui concerne les causes, que les traitements ou les conséquences des affections vertébrales.

Un spécialiste de l'Ecole française d'orthopédie, Dr Robert Maigne (1983) dénonce la tendance de ses collègues, comme de la population, à mettre trop souvent sur le compte de la psychosomatique les maux de dos pour lesquels ils ne peuvent pas trouver de cause mécanique ou autre semblable: "Quand on fait appel (à la psychosomatique), ce n'est jamais en vain. Il y a toujours, dans un coin de vie une bonne raison prête à tout expliquer" (p. 47). S'il reconnaît qu'en certaines circonstaces (plutôt rares), le problème peut avoir une cause psychique, il signale que l'expérience de la douleur peut elle entraîner toute une série de réactions psychologiques. Dupuis (1986) souligne également que la douleur devenue souffrance peut engendrer un état dépressif, anxieux, agressif chez des patients souvent victimes de préjugés: on ne voit pas leur mal, leur affection n'est ni vitale, ni paralysante, on les perçoit comme des simulateurs ou encore des individus incapables de faire face au stress de la vie. À ce dernier égard, on reconnaît que les pressions de toutes sortes de la vie moderne se répercutent sur l'état de santé physique de l'individu. Les uns pourront souffrir de migraines, les autres d'ulcères au duodénum ou encore de maux de dos. Dans tous ces cas, en période de tension nerveuse,

le sujet subira un accès de son mal, ce qu'il ne faut pas confondre, selon Maigne, avec la cause directe du symptôme. Celui qui souffre du dos éprouve certes une expérience psychologique. Les travaux du psychologue québécois Melzack (Melzack et Wall, 1982) ont montré à quel point des variables individuelles influent sur la perception de la douleur. Des chercheurs se sont intéressés aux aspects émotifs pouvant favoriser ou empêcher la guérison des maux de dos (Alcock, 1986). Un de ceux-là retient particulièrement notre attention parce qu'il n'est pas proprement le fait de variables de personnalité: le patient a souvent l'impression de ne pas être écouté et compris du clinicien, même s'il a subi tous les examens requis (Violon, cité dans Alcock, 1986). Dans une allocution à l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST), Dupuis (1986) soulignait aussi l'importance d'un examen physique exhaustif et d'une bonne relation avec le patient souffrant du dos. Trop souvent, selon Maigne, le médecin qui ne peut trouver la cause du problème en arrive à passer plus ou moins directement le message suivant à son patient: "Puisque vous souffrez sans raison apparente, c'est que la souffrance est pour vous une projection de l'imaginaire, ou de l'inconscient. Vos vertèbres parlent pour vous, pour vos angoisses, vos complexes, votre sentiment de culpabilité" (Maigne, 1983, p. 115).

Les diagnostics posés par la médecine classique ne sont pas toujours satisfaisants, le patient a parfois l'impression d'être incompris du médecin ou de ne pas être traité avec compétence. Dupuis (1986) explique que les médecins commencent généralement leurs traitements par des modalités thérapeutiques bénignes pour augmenter progressivement la complexité du traitement. Or, il arrive que le patient ait l'impression que le clinicien tâtonne et ne sait pas comment procéder dans son cas. Par ailleurs, les modalités thérapeutiques proposées en médecine classique n'apportent pas toujours le soulagement escompté. Au terme de sa revue de littérature internationale sur les affections vertébrales, le Groupe de travail mandaté par l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST) concluait en effet que "très peu de traitements ont été validés par des études scientifiques, cliniques et/ou épidémiologiques. Parmi ceux qui l'ont été, peu on démontré leur capacité à modifier efficacement le processus naturel de guérison des affections vertébrales d'allure non spécifique" (Spitzer, 1986, p. xxxi).

Pour l'une ou l'autre de ces raisons, le patient peut alors se tourner vers les médecines douces qui offrent des diagnostics reposant sur d'autres modèles, qui tiennent compte de la dimension psychique de l'être (dimension qui interpelle sans

6.0 INTRODUCTION

doute celui qui souffre) et souvent des habitudes de vie (activité physique, contrôle du poids) qui proposent des modalités thérapeutiques différentes et potentiellement salutaires, et qui sont basées sur une relation étroite, intime entre le patient et le thérapeute (l'"ami-expert" comme l'appelle Boilard, 1985). L'importance du contact physique entre le thérapeute et le patient est précisément un élément important de la médecine holistique (Gordon, 1981) qui pourrait susciter un vif intérêt chez ceux qui souffrent du dos. Même Maigne (1983), qui n'admet pas aisément l'aspect psychosomatique du mal de dos, souligne le rôle psychothérapeutique non négligeable du contact physique du médecin pratiquant une manipulation efficace sur son patient, contact physique que l'on retrouve avec constance chez les praticiens alternatifs qui soignent les maux de dos. Celui qui souffre du dos peut également recourir à des pratiques d'auto-santé, rendues populaires par les médias et de plus en plus accessibles par différents programmes communautaires (par exemple: les classes "Soins du dos" données par le YMCA). Notons qu'aux conseils préventifs généraux sur l'alimentation, l'exercice, l'alcool et le tabac largement dispensés s'ajoutent maintenant les conseils pour prévenir ou diminuer les maux de dos, tel qu'en témoigne le supplément de PARTICIPaction inséré dans L'Actualité d'avril 1987.

Quels segments de la population souffrent particulièrement de maux de dos? De quelle façon et auprès de qui les Québécois tentent-ils de soulager ou guérir leurs maux de dos? Consultent-ils des médecins généralistes, des spécialistes? En voient-ils plusieurs? Vont-ils voir des praticiens de médecines douces? Lesquels? Quels traitements leur propose-t-on? Recourent-ils à des pratiques d'auto-santé? Où trouvent-ils le meilleur soulagement? Ont-ils l'impression d'être suffisamment examinés? Ont-ils l'impression qu'on leur donne suffisamment d'explications sur leur mal et sur le traitement proposé? Adoptent-ils des solutions de façon simultanée (par exemple: voir un médecin et un praticien alternatif en même temps) ou selon un pattern particulier? Voilà les questions auxquelles nous avons tenté d'apporter des réponses en interrogeant des individus souffrant ou ayant souffert de maux de dos chroniques, une pathologie qualifiée de "floue", mais faisant partie de la pratique médicale courante et correspondant à une demande de la population (Lenmann et Abelin, 1986).

6.1 QUI SOUFFRE DE MAUX DE DOS CHRONIQUES AU QUEBEC?

6.1.1 Prévalence

Le titre du livre de Maigne (1983) "Mal de dos, mal du siècle" évoque une allégation fréquente. Les maux de dos semblent en effet fort répandus et on les associe souvent au sédentarisme qui s'est accentué tout au long du siècle. D'après les statistiques rapportées, huit personnes sur dix souffriraient au moins une fois dans leur vie d'un mal de dos suffisamment sérieux (voir Lafrenière, 1983; Maigne, 1983; Villedieu, 1985). Citant une étude suédoise, Maigne rapporte que pour le tiers d'entre elles le problème se résorbe en moins d'un mois, pour un autre tiers, il dure deux mois, alors qu'il dure plus de six mois pour six pour cent de la population touchée. De plus, la moitié de ces personnes connaîtront au moins trois récidives dans leur vie.

Les données de la présente enquête montrent que 11,1% de la population souffre de maux de dos chroniques. Ce taux est établi sur la base du nombre d'individus ayant, au cours des deux dernières années, eu mal au dos pour une durée d'au moins six mois.

Les textes rapportant les prévalences telles que celles citées plus haut ne précisent pas comment ils ont été estimés. Notre taux, basé sur l'ensemble de la population, leur semble en tout cas quantitativement supérieur. L'importance des maux de dos chroniques au Québec est donc élevée; ce qui confirme l'intérêt d'avoir choisi ce problème dans l'enquête comme situation cible à caractère sanitaire.

Les Québécois souffrant de maux de dos présentent-ils des caractéristiques particulières? Le tableau 6.1 présente le pourcentage des Québécois souffrant de maux de dos dans chaque catégorie d'âge: à l'exception des personnes âgées de 65 ans ou plus, la prévalence des maux de dos croît légèrement. Cependant, sauf en ce qui concerne l'écart entre les 18-24 ans et les 25-34 ans, les écarts n'apparaissent pas très importants. Bref, si l'on fait exception des deux catégories extrêmes, **la prévalence des maux de dos semble aussi importante dans les diverses catégories d'âge.** Il est facile de comprendre que les maux de dos touchent moins les jeunes adultes, généralement plus actifs et en meilleure forme physique. Quant aux personnes âgées, selon Bélisle et Otis (1986), elles sont moins susceptibles que les individus de moins de 65 ans de souffrir de lombalgie.

6.1 QUI SOUFFRE DE MAUX DE DOS CHRONIQUES AU QUEBEC?

TABLEAU 6.1

Pourcentage des Québécois souffrant de maux de dos dans chaque catégorie d'âge

Age	Population atteinte (N=233)
18-24 ans	6,6 (356)[1]
25-34 ans	10,0 (630)
35-44 ans	13,1 (454)
45-54 ans	14,2 (273)
55-64 ans	14,8 (199)
65 ans et plus	10,0 (193)

[1] Base sur laquelle le pourcentage a été calculé.

Parmi la population atteinte, les femmes sont plus nombreuses (61,6%) que les hommes (38,3%) à souffrir du mal de dos chronique. La relation entre le mal de dos et le sexe n'est pas clairement documentée dans la littérature. Selon Dupuis (1982), les hommes et les femmes sont autant atteints, mais les causes sont différentes. Certains prétendent que les femmes seraient plus exposées "de par leur nature et leur mode de vie" (Texier, 1982). Par exemple, les femmes sont particulièrement vulnérables en raison des grossesses. Certains métiers exercés principalement par des femmes sont mauvais pour le dos: secrétaire, couturière, etc. Chez les travailleurs masculins, les maux de dos seraient surtout causés par des accidents brusques, tandis qu'ils seraient associés à une maladie professionnelle chez les femmes (Dupuis, 1982).

Y a-t-il de grandes catégories socio-professionnelles où les cas de maux de dos chroniques sont plus fréquents? La réponse est négative dans notre échantillon, tel que l'indique le tableau 6.2.

6.1 QUI SOUFFRE DE MAUX DE DOS CHRONIQUES AU QUEBEC?

TABLEAU 6.2

Pourcentage des Québécois souffrant de maux de dos dans chaque catégorie socio-professionnelle

Catégorie	Population atteinte
Professionnels	10,3 (401)[1]
Cols blancs	12,6 (401)
Cols bleus	12,3 (397)
Aux soins de la maison[2]	14,2 (342)

[1] Base sur laquelle le pourcentage a été calculé.

[2] Excluant les chômeurs, les assistés sociaux, les étudiants et autres.

Par contre, le degré de gravité[1] varie selon les catégories (voir le tableau 6.3). **Chez les cols bleus et les individus aux soins de la maison, beaucoup plus de sujets obtiennent un degré de gravité élevé, comparativement aux degrés observés chez les professionnels et les cols blancs.** L'importance du degré de gravité élevé chez les cols bleus s'explique aisément. Cependant, il est difficile d'établir clairement la raison de la forte proportion de gravité élevée chez les individus aux soins de la maison. Un biais de sélection peut intervenir: ceux dont les répercussions des maux de dos sont importantes peuvent être empêchés de travailler. Par ailleurs, le travail domestique pourrait dans une certaine mesure être associé à des maux de dos.

Notons enfin que l'on retrouve autant d'individus atteints dans chacune des catégories de revenus:

- moins de 20 000$: 11,1%
- 20 000 à 39 999$: 12,7%
- 40 000 à 59 999$: 11,5%
- 60 000 et plus : 8,9%.

1 Basé sur le degré de douleur ressentie, sa constance et les diverses répercussions éprouvées (voir l'Annexe B pour en connaître le mode de calcul).

TABLEAU 6.3

Degré de gravité selon la catégorie socio-professionnelle du répondant (%)

Degré de gravité	Catégorie socio-professionnelle			
	Professionnels (n=86)	Cols blancs (n=109)	Cols bleus (n=105)	Aux soins de la maison (n=105)
Faible	57,4	58,7	38,3	41,7
Elevé	42,6	41,3	61,7	58,3

Significatif à 0,0.

6.1.2 Quelques comparaisons avec la population non atteinte

Comparativement à la population ne souffrant pas de maux de dos, **la population atteinte rapporte pratiquer un plus grand nombre d'habitudes de vie saines**[1] (voir le tableau 6.4). De par sa condition physique, la population atteinte est peut-être plus sensibilisée à la nécessité de maintenir des habitudes de vie saines.

Dans la population atteinte, 80,9% ont utilisé l'un ou l'autre des services de santé du réseau contre 71,1% chez ceux qui ne souffrent pas du dos. Le tableau 6.5 rapporte les taux de recours pour l'année précédente auprès de quatre types de praticiens (que la raison de la visite soit ou non associée aux douleurs d'origine vertébrale).

La forte consommation de services de santé pour maux de dos a été démontrée dans une enquête suisse (Lehmann et Abelin, 1986): un peu plus d'une consultation sur 20 auprès des médecins praticiens a pour motif principal des douleurs dorsales. Dans ce pays, les médecins de premiers recours voient chaque jour un à deux patients qui ont mal au dos.

---

1 Les habitudes de vie comptabilisées se rapportent à l'alimentation, au contrôle du poids, au sommeil, à la relaxation et au tabagisme.

TABLEAU 6.4

Distribution des répondants selon le nombre d'habitudes de vie saines rapportées (%)

Nombre d'habitudes saines	Population atteinte (n=507)	Population non atteinte (n=1879)
0 à 2	27,9	34,8
3 à 5	72,1	65,2

TABLEAU 6.5

Taux de recours pour l'année précédente auprès de quatre types de praticiens du réseau (%)

Type de praticien	Population atteinte (N=507)	Population non atteinte (N=1880)
Omnipraticien	38,5	24,8
Spécialiste	21,4	11,9
Physiothérapeute	2,6	1,4
Ergothérapeute	0,4	----

Le recours aux pratiques "alternatives", c'est-à-dire autre que médicale (omnipraticien, spécialiste) ou para-médicale (physiothérapeute, ergothérapeute) intégrée dans le réseau, est une option disponible pour qui souffre du dos. Il sera étudié en détail plus loin. Mentionnons immédiatement que **37,4%[1] de la population atteinte a déjà consulté un thérapeute pratiquant les "médecines douces" alors que c'est le cas de seulement 11,2% de la population non atteinte.**

1 Comme il sera expliqué plus loin, ce taux s'explique en majeure partie par une consultation importante en chiropratique.

6.2 QUELS SONT LES PROBLEMES ASSOCIES AUX MAUX DE DOS?

Pour être inclus dans l'échantillon, le répondant devait avoir souffert du dos au moins six mois. **Les sujets sélectionnés ont mal au dos depuis 9,4 ans en moyenne.** Il s'agit donc véritablement de personnes souffrant d'une condition chronique. Le tableau 6.6 présente la distribution de ces individus selon la durée de leur problème.

TABLEAU 6.6

Distribution des répondants atteints selon la durée du problème

Durée	N	%
6 à 12 mois	45	9,0
13 à 24 mois	56	11,3
25 mois à 5 ans	126	25,4
5 à 10 ans	125	25,2
Plus de 10 ans	144	29,1

La douleur ressentie de façon générale (lorsqu'il n'y a pas crise) est décrite différemment selon les répondants; voici les qualificatifs attribués accompagnés du pourcentage de cas qui y réfèrent:

- faible : 18,9%
- inconfortable : 47,6%
- forte : 18,5%
- insupportable : 15,0%.

Nous avons choisi au préalable ces quatre qualificatifs en nous inspirant de l'échelle évaluative du "McGill Pain Questionnaire" (Melzack, 1983) dont les points sont: *"annoying, troublesome, miserable, intense, unbearable"*.

Pour la moitié des répondants (49%), cette douleur est presque toujours présente.

Chez ceux qui se plaignent de douleur inconfortable ou insupportable se trouvent autant de répondants dont la douleur est toujours présente et autant dont la douleur ne

6.2 QUELS SONT LES PROBLEMES ASSOCIES AUX MAUX DE DOS?

l'est pas. Chez ceux qui qualifient leur douleur de faible, 71% rapportent qu'elle n'est pas toujours présente. Par contre, 62,9% des répondants dont la douleur est forte disent qu'elle est toujours présente.

Abenhaim et al. (1985) rapportent un taux d'incidence annuel d'absence du travail pour maux de dos dans la population des travailleurs du Québec de 1,37%. **Les travailleurs qui souffrent de maux de dos sont effectivement très nombreux (45,5%) à avoir dû de ne pas se présenter au travail pour cette raison.** Parmi ceux qui n'ont jamais été empêchés d'aller travailler, 34,8% rapportent avoir déjà été ralentis dans l'exécution de leurs tâches rémunérées. Les maux de dos ont été responsables de problèmes avec l'employeur ou le milieu de travail chez 6,6% des travailleurs.

Les maux de dos ont des répercussions sur le travail domestique: 74,1% des répondants se plaignent d'avoir dû déjà ralentir l'exécution de leur travail à la maison. Ils empêchent également 67,4% de l'échantillon de faire du sport ou des activités physiques.

Diverses causes sont évoquées par les répondants pour expliquer leur mal de dos:

- un accident ou une chute : 31,9%
- une maladie identifiée par le médecin : 24,3%
- divers : 19,4%
- des conditions de travail particulières : 18,2%
- une grossesse ou un accouchement : 6,1%.

Le tableau 6.7 présente la distribution des répondants atteints selon le type d'accident perçu comme responsable des maux de dos. La première colonne rapporte les pourcentages sur le nombre de répondants déclarant l'accident principale cause, tandis que la deuxième colonne permet de saisir l'importance de chaque accident sur l'ensemble de l'échantillon.

Les principales conditions de travail jugées responsables des maux de dos par ceux qui s'en plaignent (n=92) sont:

- devoir lever, tirer ou pousser des charges lourdes : 83,1%
- devoir travailler penché en avant : 26,5%
- devoir travailler toujours debout : 19,3%
- devoir travailler toujours assis : 12,0%
- devoir travailler en rotation : 8,4%.

6.2 QUELS SONT LES PROBLEMES ASSOCIES AUX MAUX DE DOS?

TABLEAU 6.7

Distribution des répondants atteints selon le type d'accident perçu comme responsables des maux de dos

Types d'accidents	Pourcentage sur le nombre de répondants déclarant l'accident principale cause (n=148)	Pourcentage sur l'échantillon total (n=507)
Accident de travail	34,7	10,1[1]
Accident ou chute survenue à la maison	24,2	7,1
Accident de la route	21,4	6,3
Accident de sport ou d'activité physique	17,4	5,1
Autres accidents	2,3	0,7

[1] La somme de cette colonne ne totalise pas 31,9% en raison des données manquantes.

Des dédommagements associés aux maux de dos ont été perçus par 13,9% des répondants; ils proviennent des sources suivantes:

- Commission de la santé et de la sécurité du travail : 6,0%
- assurances personnelles : 4,2%
- Régie de l'Assurance-Automobile du Québec : 2,4%
- divers : 1,2%
- Office des personnes handicapées du Québec : 0,1%

Quel espoir de guérir les répondants souffrant de mal de dos entretiennent-ils? Dans l'ensemble, les opinions des répondants se partagent également: **48,2% sont optimistes: "compte tenu de leur cas, ils réussiront un jour à faire disparaître leurs douleurs, avec ou sans l'aide de quelqu'un".**

Chez ceux qui souffrent de douleur généralement forte ou insupportable, se trouvent plus de pessimistes (59%) que chez ceux qui qualifient leur douleur de faible ou inconfortable (41,9%). Paradoxalement, il y a plus de pessimistes chez

ceux dont la douleur est intermittente (58,9%) que chez ceux qui souffrent du dos de façon constante (45,5%). Peut-être ces derniers ont-ils singulièrement besoin de se rattacher à un espoir de soulagement.

L'espoir de guérir est fortement associé à l'âge. Chez les 18-34 ans, la proportion d'optimistes est de 57,7%; elle passe à 42,6% chez les 35 ans et plus. Aucune relation n'est retrouvée entre l'espoir de guérir et le sexe.

Les sujets dont l'indice de gravité[1] est élevé (variant de 5 à 8.5) sont beaucoup plus pessimistes (60,4%) qu'optimistes (39,6%) quant à leur espoir de guérir. Cet indice de gravité sera plus loin mis en relation avec divers aspects de la consultation.

---

1 Cet indice est basé sur le degré de douleur, sa constance et les diverses répercussions éprouvées (consulter l'Annexe B pour en connaître le mode de calcul).

6.3 VERS QUELLES OPTIONS THERAPEUTIQUES LA POPULATION ATTEINTE SE TOURNE-T-ELLE?

Celui qui souffre de maux de dos peut avoir recours à diverses options thérapeutiques requiérant ou non l'aide d'un intervenant. Notre enquête prend en compte quatre catégories d'intervenants: l'omnipraticien, le spécialiste, le physiothérapeute et le praticien alternatif. L'option "sans intervenant" regroupe diverses pratiques d'auto-santé utiles principalement pour soulager les douleurs ou éventuellement les prévenir.

L'échantillon de l'enquête est composé uniquement de sujets ayant tenté d'apporter une solution à leur problème, que ce soit avec ou sans l'aide de quelqu'un. Le tableau 6.8 présente le pourcentage de répondants ayant eu recours à chacune des options considérées. Ces taux sont chacun calculés sur l'ensemble de l'échantillon et ne sont donc pas mutuellement exclusifs.

TABLEAU 6.8

Taux de recours aux options thérapeutiques disponibles (%)

Avec intervenants (507)[1]				Sans intervenant (auto-santé)
Omnipraticien	Spécialiste	Physiothérapeute	Praticien alternatif	
47,8	34,5	22,1	43,9	34,4

[1] Base sur laquelle le pourcentage a été calculé.

Au total, **78,4% des sujets ont consulté un médecin, qu'ils soit omnipraticien ou spécialiste** (orthopédiste, neurologue, neurochirurgien ou physiatre). Par ailleurs, **plus d'un sujet sur cinq a vu un physiothérapeute et près d'un sujet sur deux (43,9%)[1] a consulté un praticien alternatif pour ses maux de**

1 Rappelons qu'à la question générale demandant à tous les répondants s'ils ont déjà consulté en médecines douces, 37,4% des sujets de la population atteinte répondaient

6.3 VERS QUELLES OPTIONS THERAPEUTIQUES LA POPULATION ATTEINTE SE TOURNE-T-ELLE?

dos; alors qu'un sujet sur trois (34,4%) a dit mettre en pratique des comportements d'auto-santé spécifiquement en rapport avec ses maux de dos.

Examinons quelques aspects du recours aux options avec intervenants.

La clientèle des différents intervenants se caractérise-t-elle selon le degré de gravité des cas? Le tableau 6.9 nous renseigne à ce sujet. **Parmi ceux qui consultent l'omnipraticien, le spécialiste ou le physiothérapeute, se retrouvent beaucoup plus de patients dont le degré de gravité est élevé.** Plus de patients des acupuncteurs ont également un degré de gravité élevé; cependant, ce résultat doit être considéré avec prudence en raison du petit nombre de sujets. **Parmi les répondants consultant les chiropraticiens ou les "autres praticiens alternatifs", un nombre comparable de cas peu graves et plus graves est observé.** Bref, parmi les patients suivis dans un cadre médical ou para-médical, on retrouve davantage de cas plus sérieux.

La population atteinte peut avoir recours à différents intervenants selon des combinaisons diverses. Le tableau 6.10 présente la distribution de la population atteinte selon les combinaisons d'intervenants consultés. Notons tout d'abord qu'un nombre substantiel de sujets (14,3%) n'ont eu recours à aucun intervenant, se limitant à des pratiques d'auto-santé pour soulager ou guérir leurs maux. Les combinaisons regroupant le plus de sujets sont l'omnipraticien seul (16,6%) et le chiropraticien seul (15,4%). D'autres combinaisons ont été tentées par des proportions importantes de sujets: le spécialiste seul (7,1%), l'omnipraticien avec le chiropraticien (7,8%), l'omnipraticien et le spécialiste (6,0%). Très peu de sujets recourent à plus de deux types d'intervenants: seul le trio omnipraticien-spécialiste-physiothérapeute est digne de mention, avec un taux de recours limité (4,2%) compte tenu qu'il s'agit là de la filière médicale classique pour des affections vertébrales sévères.

---

affirmativement. L'écart entre ce taux et le 48,1% de répondants déclarant avoir consulté un praticien alternatif s'explique par une différence dans le libellé et le contexte de la question. Après avoir examiné la consultation d'omnipraticiens, de physiatres, d'orthopédistes, de neurologues/neurochirurgiens et de physiothérapeutes, nous demandions aux sujets souffrant du dos s'ils avaient consulté quelqu'un d'autre. Or, les thérapeutes qu'ils ont cités correspondent à notre définition de praticiens de médecines douces.

6.3 VERS QUELLES OPTIONS THERAPEUTIQUES LA POPULATION ATTEINTE SE TOURNE-T-ELLE?

TABLEAU 6.9

Taux de recours à différents intervenants selon le degré de gravité du cas (%)

Intervenant consulté	Degré de gravité	
	Faible	Elevé
Omnipraticien	39,8 (240)[1,2]	55,1*** (262)
Spécialiste	19,7	48,6***
Physiothérapeute	17,3	26,7**
Chiropraticien	39,8	34,0
Acupuncteur	3,2	7,4*
Autres praticiens alternatifs	4,1	4,8

[1] Base sur laquelle le pourcentage a été calculé.

[2] Possibilité de plusieurs réponses.

* $p = ,06$

** $p \leq ,01$

*** $p \leq ,001$

Les sujets dont le cas est plus grave ont-ils cherché de l'aide auprès d'un plus grand nombre de types d'intervenants que ceux dont le cas est moins sérieux? **Le degré de gravité est effectivement associé au nombre d'options thérapeutiques avec intervenants essayées par les sujets**, tel que l'indique le tableau 6.11. Notons que peu de sujets (8%) dont le degré de gravité est élevé n'ont eu recours à aucun intervenant. Les sujets au degré de gravité élevé sont également moins nombreux que ceux au degré faible à se contenter d'une seule option avec intervenant (qu'il s'agisse d'un omnipraticien, d'un chiropraticien ou de tout autre intervenant). Les répondants dont le score est élevé sont plus nombreux à avoir cherché de l'aide auprès de deux ou trois types d'intervenants. Cela va dans le sens de l'observation faite en introduction: les sujets souffrant beaucoup du dos tentent de trouver diverses solutions à leurs problèmes.

6.3 VERS QUELLES OPTIONS THERAPEUTIQUES LA POPULATION ATTEINTE SE TOURNE-T-ELLE?

TABLEAU 6.10

Distribution de la population atteinte selon les combinaisons d'intervenants consultés

Combinaison des intervenants consultés	N	%
Omnipraticien	84	16,6
Spécialiste	36	7,1
Physiothérapeute	9	1,8
Chiropraticien	78	15,4
Autres praticiens alternatifs	5	1,0
Aucun intervenant	72	14,3
Omnipraticien-Spécialiste	31	6,0
Omnipraticien-Physiothérapeute	15	2,9
Omnipraticien-Chiropraticien	39	7,8
Omnipraticien-Autres praticiens alternatifs	6	1,1
Spécialiste-Physiothérapeute	24	4,7
Spécialiste-Chiropraticien	14	2,8
Omnipraticien-Spécialiste-Physiothérapeute	22	4,2
Omnipraticien-Spécialiste-Chiropraticien	10	1,9
Omnipraticien-Physiothérapeute-Chiropraticien	7	1,4
Spécialiste-Physiothérapeute-Chiropraticien	5	1,0
Spécialiste-Chiropraticien-Acupuncteur	5	1,0
Omnipraticien-Spécialiste-Physiothérapeute-Chiropraticien	12	2,3
Autres combinaisons[1]	34	6,7

[1] Formées de toutes les combinaisons regroupant moins de 5 répondants.

6.3 VERS QUELLES OPTIONS THERAPEUTIQUES LA POPULATION ATTEINTE SE TOURNE-T-ELLE?

TABLEAU 6.11

Pourcentage de sujets ayant essayé de 0 à 4 options thérapeutiques avec intervenants selon le degré de gravité

Nombre d'options avec intervenants essayées	Degré de gravité	
	Faible (n=240)	Elevé (n=262)
0	20,0	8,0
1	50,8	36,1
2	18,7	37,4
3	6,8	14,4
4	3,7	4,2

Existe-t-il des relations entre le recours aux diverses options? En d'autres termes, ceux qui consultent tel type d'intervenant (par rapport à ceux qui s'en abstiennent) ont-ils tendance à plus ou moins consulter tel autre type d'intervenant? Le tableau 6.12 nous renseigne éloquemment à ce sujet.

Considérons d'abord ceux qui consultent les omnipraticiens: parmi eux, 27,1% ont vu un physiothérapeute, tandis que chez ceux qui n'ont pas consulté d'omnipraticiens, seulement 17,4% en ont vu un. Par contre, 48,2% de ceux qui n'ont pas vu d'omnipraticien ont consulté un praticien alternatif contre 39,3% chez les patients d'omnipraticiens. De même, les non-patients sont plus nombreux (39,3%) à adopter des comportements d'auto-santé par rapport aux patients (29,1%).

Ces deux premières relations se retrouvent également chez les patients de spécialistes. Ils sont en effet plus nombreux à consulter le physiothérapeute (41,8%) que les non-patients de spécialistes (11,7%). Ces derniers consultent par ailleurs davantage les praticiens alternatifs (47,7%) que les patients suivis par les spécialistes (36,7%).

Enfin, les sujets qui ne consultent pas les praticiens alternatifs sont plus nombreux (40,8%) à pratiquer des comportements d'auto-santé pour soulager leur mal que les patients suivis en médecines douces (26,3%).

6.3 VERS QUELLES OPTIONS THERAPEUTIQUES LA POPULATION ATTEINTE SE TOURNE-T-ELLE?

TABLEAU 6.12

Relations entre le recours aux diverses options thérapeutiques

	Praticiens consultés				
	Omnipraticien	Spécialiste	Physiothérapeute	Praticien alternatif	Auto-santé
Omnipraticien					
consulté (242)[1]	35,4	27,1*	39,3	29,1	
non consulté (265)	33,7	17,4	48,2*	39,3*	
Spécialiste					
consulté (175)		41,8*	36,7	33,6	
non consulté (332)		11,7	47,7*	34,9	
Physiothérapeute					
consulté (112)			39,5	36,1	
non consulté (395)			45,2	33,9	
Praticien alternatif					
consulté (223)				26,3	
non consulté (284)				40,8*	

* $p \leq ,05$.

1 Base sur laquelle les pourcentages de la rangée ont été calculés.

La physiothérapie semble donc une option médiatisée par le corps médical: elle est associée à la consultation médicale (omnipraticiens ou spécialistes) et n'est pas immédiatement accessible à l'individu. Rappelons que peu de sujets ont défrayé les coûts de traitements; ils ont donc majoritairement été pris en charge par le système.

La consultation alternative apparaît plus disjointe de la consultation médicale puisque la consultation de praticiens alternatifs est plus forte chez ceux qui n'ont pas consulté de médecins.

6.3 VERS QUELLES OPTIONS THERAPEUTIQUES LA POPULATION ATTEINTE SE TOURNE-T-ELLE?

Enfin, **les comportements d'auto-santé sont moins répandus chez ceux qui ont consulté les omnipraticiens ou les praticiens alternatifs.** Pourtant, comme il sera exposé plus loin, 64,7% des patients d'omnipraticiens et environ la même proportion des patients de médecines douces rapportent que le professionnel leur a prodigué des conseils comportementaux pour les aider. Or, puisque les patients d'omnipraticiens et de praticiens alternatifs pratiquent moins les comportements d'auto-santé, il faut se demander si en consultant ces intervenants les patients ne délégueraient pas leur pouvoir personnel d'action au thérapeute. Cela pourrait aller à l'encontre d'une idée souvent véhiculée selon laquelle les consommateurs de médecines douces prendraient davantage en mains leur santé que les autres.

6.3.1 Comportements d'auto-santé

Parallèlement à la consultation d'intervenants, **plusieurs sujets souffrant du dos (34,4%) mettent en pratique des comportements d'auto-santé destinés à soulager ou guérir leur mal.** Les comportements les plus fréquents chez les sujets qui déclarent des comportements d'auto-santé sont:

- faire de l'activité physique : 43,7%
- appliquer de la chaleur ou de la glace : 25,9%
- prendre du repos : 17,8%
- appliquer des crèmes ou onguents : 13,2%.

D'autres comportements sont cités par 33,3% des sujets: se faire donner des massages par un(e) ami(e), faire de la détente, surveiller son alimentation, changer de posture sont les principaux. Est-il possible de retracer la source du conseil de pratiquer tel ou tel comportement d'auto-santé? Dans environ la moitié des cas, les sujets déclarent que personne ne leur a conseillé de suivre l'une ou l'autre pratique. Dans les autres cas, ce sont principalement les amis ou les proches qui ont émis des suggestions. Le seul professionnel à être cité relativement souvent (par au moins 10% des sujets) comme source de conseil en ce sens est l'omnipraticien (sauf en ce qui concerne prendre du repos).

A l'exception de l'activité physique, ces pratiques semblent particulièrement utiles en état de crise comme l'indique le tableau 6.13.

6.3 VERS QUELLES OPTIONS THERAPEUTIQUES LA POPULATION ATTEINTE SE TOURNE-T-ELLE?

TABLEAU 6.13

Taux de recours aux pratiques individuelles selon l'état (%)

	Activité physique (n=76)	Chaleur ou glace (n=45)	Repos (n=31)	Crèmes et onguents (n=23)	Autres (n=58)
En état de crise	54,7	89,3	83,3	90,1	87,9
Pas en état de crise	74,1	38,3	57,1	17,4	46,7

Selon les sujets, les moyens présentent peu de difficultés ou d'inconvénients. Quelques-uns soulignent que le repos requiert du temps et que l'application de crèmes ou onguents cause parfois des désagréments.

Les sujets qui ont utilisé au moins deux de ces moyens ont eu à se prononcer sur celui qui leur apparaît le plus efficace pour les soulager lors d'une crise de mal de dos. Par ordre décroissant, les pratiques les plus efficaces seraient:

- appliquer de la chaleur ou de la glace : 28,7%
- faire de l'activité physique : 25,4%
- prendre du repos : 20,0%
- appliquer des crèmes ou onguents : 13,4%.

Seulement 1,7% des sujets ayant fait l'expérience d'au moins deux pratiques déclarent le massage pratiqué par un(e) ami(e) comme premier choix. Il est possible que ce faible taux s'explique en partie par le médium téléphonique qui n'encourage peut-être pas ici une réponse jugée par trop anodine. Il se peut aussi que le massage entre ami(e)s ne soit pas tellement entré dans les moeurs québécoises. Il est par ailleurs étonnant que l'activité physique apparaisse comme premier choix chez 25,4% alors que seulement 54,7% déclarent en pratiquer lors d'une crise. Cela semble confirmer le caractère particulièrement efficace de l'exercice pour contrer les maux de dos.

6.3 VERS QUELLES OPTIONS THERAPEUTIQUES LA POPULATION ATTEINTE SE TOURNE-T-ELLE?

Divers centres offrent des séances d'information sur les maux de dos où l'on enseigne des principes d'une bonne hygiène de la colonne vertébrale, des postures et des mouvements recommandés pour effectuer certaines tâches et des exercices physiques pour renforcer les muscles abdominaux et dorsaux, souvent affaiblis chez les patients souffrant du dos. Ces cours sont principalement donnés dans des centres sportifs (par exemple: Centre d'éducation physique et des sports de l'Université de Montréal, YMCA) et dans les lieux de travail. Ces cours commencent à se donner et, à notre connaissance, ils ne sont pas encore très répandus.

Moins de 10% (9,3%) des sujets connaissent l'existence de ces classes de dos et sur ceux-là environ un sur trois en a suivies. Il est difficile, sans avoir un recensement des classes se donnant au Québec, d'évaluer si cette proportion est relativement importante ou non. Cependant, considérant le problème sérieux que vivent les sujets affligés de mal de dos chronique, ce type de recours semble peu exploité (probablement parce que peu accessible), alors que 85,1% des sujets qui ont suivi des classes de dos déclarent qu'elles les ont aidés à diminuer ou à prévenir leurs douleurs au dos et que les sujets pratiquent l'exercice physique non seulement pour prévenir, mais aussi pour soulager leurs douleurs lors d'une crise de dos.

6.4 COMMENT SE COMPARENT LES OPTIONS THERAPEUTIQUES (AVEC INTERVENANT) LES UNES AVEC LES AUTRES?

Dans cette section, nous établirons des comparaisons entre les options thérapeutiques avec intervenant. Cette section est conçue comme une synthèse des sections 5, 6, 7 et 8 présentant en détail les données relatives au recours aux différentes catégories d'intervenants. Le lecteur intéressé à une analyse plus explicite des informations résumées ici retrouvera dans les quatre sections suivantes quelques précisions non discutées dans la présente section.

Le tableau 6.14 synthétise les données de consultation pour les quatre catégories d'intervenants étudiés. La première constatation est que **les patients de praticiens alternatifs ont rencontré régulièrement leur thérapeute** (vraisemblableent le plus souvent au moins une fois la semaine) **sur une période de 8,5 mois en chiropratique et de 4,3 mois en acupuncture.** A titre hypothétique, à une seule visite par semaine, les patients des acupuncteurs auraient été suivis le même nombre de fois que les patients en physiothérapie. Les patients des chiropraticiens, à raison d'une seule fois par semaine, auraient vu leur thérapeute deux fois plus souvent que les patients des physiothérapeutes.

Considérant que près de la moitié des sujets ont consulté des thérapeutes alternatifs, ces données montrent que les sujets qui ont mal au dos sont prêts à investir beaucoup de temps et d'argent pour se soulager.

Le délai pour obtenir un premier rendez-vous avec un spécialiste apparaît court: un mois et demi. Par contre, ce délai est important en physiothérapie: 3,7 mois.

Les principaux frais indirects associés aux traitements sont le transport cité dans tous les cas où il y a consultation régulière et fréquente: physiothérapie, chiropratique et acupuncture. La perte d'heures de travail semble un problème uniquement en physiothérapie où les thérapeutes travaillent principalement le jour. Enfin, il semble étonnant que 11% des sujets qui déclarent des frais indirects associés à la chiropratique mentionnent les coûts de médicaments.

Les patients des intervenants médicaux et paramédicaux ont vu plus d'un thérapeute à l'intérieur de chaque pratique. Soit qu'ils ont "magasiné", soit que les années les ont amenés à devoir en rencontrer plusieurs.

TABLEAU 6.14

Données de consultation pour les quatre catégories d'intervenants étudiés

	Omnipraticien	Spécialiste	Physiothérapeute	Praticiens alternatifs		
En ont consulté un	47,8% (n=507)	34,8% (n=507)	22,1% (n=507)	43,9% (n=507)		
				Chiropraticien	Acupuncteur	Autres
Nombre moyen vu	1,5	Orthopédiste: 2,2 Neuro : 1,5 Physiatre : 1,4	2,2	---	---	---
Nombre de visites	6,4	5,6	17	---	---	---
Période de consultation	2,8 ans	17 mois	5,6 mois	8,5 mois	4,3 mois	---
Temps depuis dernière consultation	2,69 ans	4 ans	2,95 ans	---	---	---
En traitement actif	22,8% (n=227)	16,4% (n=174)	6,25% (n=117)	27,9% (n=180)	21,2% (n=23)	25,6% (n=19)
Délai pour la première consultation	---	1,5 mois	3,7 mois	---	---	---
Frais:						
perte d'heures de travail		9,8%	16,9%	6,0%	1,4%	0,0%

6.4 COMMENT SE COMPARENT LES OPTIONS THERAPEUTIQUES (AVEC INTERVENANT) LES UNES AVEC LES AUTRES?

Les données concernant les divers conseils donnés par les intervenants sont rapportées au tableau 6.15. **L'activité physique est sans conteste le conseil le plus fréquemment donné, peu importe la catégorie d'intervenants.** L'application de chaleur ou de glace est aussi fréquemment mentionnée. Dans l'ensemble, les praticiens alternatifs et les professionnels médicaux et paramédicaux sont aussi nombreux à prodiguer des conseils à leurs patients.

Un troisième élément de comparaison porte sur les données de satisfaction et d'efficacité perçue, rapportées au tableau 6.16. Ces résultats sont particulièrement intéressants.

D'après les patients des intervenants médecins, les omnipraticiens et les spécialistes ont procédé à un examen physique suffisant dans respectivement 70,1% et 77,3% des cas. Cependant, les physiothérapeutes et les praticiens alternatifs auraient suffisamment examiné leurs patients dans des proportions variant autour de 90% des cas.

Les intervenants expliquent-ils suffisamment les traitements et les moyens qu'ils proposent? Assurément en majorité; mais encore une fois, **les médecins sont loin derrière tous les autres intervenants.** Un écart semblable, quoique moins magistral, se produit en ce qui regarde l'aide apportée par l'intervenant pour mieux comprendre son problème de dos.

Comment se compare l'efficacité de l'action des divers spécialistes? Un mois après avoir commencé à suivre les traitements ou les recommandations des intervenants, les patients notent en général une certaine amélioration. **Cette amélioration est plus marquée cependant en chiropratique et en acupuncture.** Les améliorations ne sont pas aussi importantes en physiothérapie que dans les pratiques alternatives. Notons que les cas de non-amélioration sont dans l'ensemble associés à une stabilité de l'état.

Nous avons demandé aux sujets ayant consulté plus d'un type d'intervenant de préciser celui qui les a le plus soulagés de leur mal de dos. Le tableau 6.17 présente le point de vue des sujets en fonction des combinaisons d'intervenants consultés. **Dans tous les cas où les praticiens alternatifs sont consultés, ils constituent la meilleure source de soulagement** (sauf le cas où ils arrivent ex æquo). **Lorsque les praticiens alternatifs ne sont pas consultés, le physiothérapeute est toujours cité comme apportant le meilleur soulagement. Enfin, entre l'omnipraticien et le spécialiste, c'est ce dernier qui arrive bon premier.** Le rapport Spitzer (1986) concluait que "peu de traitements ont montré leur efficacité à modifier efficacement le processus naturel de

6.4 COMMENT SE COMPARENT LES OPTIONS THERAPEUTIQUES (AVEC INTERVENANT) LES UNES AVEC LES AUTRES?

guérison des affections vertébrales d'allure non spécifique". Cependant, la population atteinte perçoit de son côté des améliorations plus importantes associées aux thérapeutes alternatives.

TABLEAU 6.15

Pourcentage des patients suivis par les différents intervenants ayant reçu divers conseils pour soulager ou guérir leur mal de dos

				Praticiens alternatifs		
	Omnipraticien (n=227)	Spécialiste (n=174)	Physiothérapeute (n=112)	Chiropraticien (n=189)	Acupuncteur (n=27)	Autres praticiens (n=23)
Activité physique	39,9[1]	46,9	59,2	48,3	22,2	24,3
Application de chaleur ou glace	14,7	9,4	16,8	7,6	18,5	3,3
Appuis lombaires	2,7	0,0	3,3	1,7	1,4	6,7
Changements dans l'alimentation	1,6	0,7	0,0	2,7	10,6	23,1
Changements de posture	7,1	10,3	17,4	8,5	5,6	16,0
Classes de dos	0,0	1,9	3,7	0,6	0,0	0,0
Massages	1,4	2,1	0,0	3,4	15,7	6,7
Relaxation	6,2	3,0	5,6	4,4	14,0	14,4
Repos	10,1	6,4	2,4	7,9	15,7	7,7
Autres	4,4	6,7	4,8	1,0	6,4	19,3
Aucun conseil reçu	35,3	36,6	25,9	38,7	33,4	37,6

[1] Les pourcentages de la colonne ne s'additionnent pas: les intervenants peuvent donner ou non chacun des conseils.

TABLEAU 6.16

Données de satisfaction et d'efficacité perçue
pour les quatre catégories d'intervenants étudiés (%)

	Omnipraticien	Spécialiste	Physiothérapeute	Praticiens alternatifs		
				Chiropraticien	Acupuncteur	Autres
Examen suffisant	70,1 (241)	77,3 (171)	86,5 (108)	88,[illegible] (187)	91,6 (27)	96,2 (20)
Explications suffisante des traitements	72,9 (188)	70,4 (171)	87,0 (110)	87,0 (187)	90,1 (27)	91,2 (22)
Aide à une meilleure compréhension	60,0 (243)	67,9 (171)	74,2 (110)	77,8 (185)	82,6 (26)	74,0 (23)
Recommandations suivies	89,3 (196)	88,2 (175)	----	----	----	----
Améliorations - un mois après	60,5 (159)	63,7 (154)	62,5 (110)	76,4 (183)	78,2 (27)	69,1 (22)
Propension à suivre à nouveau	71,7 (152)	80,6 (146)	66,7 (108)	70,8 (175)	80,5 (26)	80,1 (23)
Recommandation à un ami	----	86,2 (165)	81,1 (106)	79,1 (181)	80,8 (27)	81,4 (21)

TABLEAU 6.17

Intervenant apportant le meilleur soulagement d'après les patients qui ont consulté plus d'un type d'intervenant

Combinaison des intervenants consultés				Intervenant apportant le meilleur soulagement				
ipraticien	Spécialiste	Physiothérapeute	Praticien alternatif	Omnipraticien	Spécialiste	Physiothérapeute	Praticien alternatif	Aucun
		X	X				o	
	X		X				o	
	X	X				o		
	X	X	X		*	*	*	
X			X				o	
X		X				o		
X		X	X				o	
X	X				o			
X		X	X				o	
X	X	X				o		
X	X	X	X				o	

X Intervenant consulté

o Premier choix

* Choix ex æquo

6.4 COMMENT SE COMPARENT LES OPTIONS THERAPEUTIQUES (AVEC INTERVENANT) LES UNES AVEC LES AUTRES?

Les patients des médecins suivraient à nouveau leurs recommandations (71,7%: omnipraticien; 80,6%: spécialiste) et une proportion importante des patients (66,7%) retourneraient en physiothérapie. Par rapport aux médicaux et paramédicaux, la propension à retourner consulter un praticien alternatif n'est pas tellement plus élevée (70,8%: chiropraticien; 80,5%: acupuncteur; 80,1%: autres). En définitive, **bien que d'après les indicateurs précédents (examen suffisant, explication suffisante des traitements, aide à une meilleure compréhension de son problème, amélioration) les patients semblent moins satisfaits des actes médicaux, ils ne sont pas moins nombreux à déclarer vouloir bénéficier à nouveau des services des médecins.** Par ailleurs, en accord avec le niveau d'amélioration le moins élevé un mois après, les patients de physiothérapeutes se montrent les moins enclins à vouloir suivre à nouveau ces traitements.

Un deuxième indicateur global de satisfaction est la propension à recommander à un ami de consulter un type d'intervenant en particulier. Or, si tous sont dans l'ensemble favorables, ce sont cette fois **le spécialiste et le physiothérapeute qui recueillent le plus de sujets prêts à les recommander.**

Devant ce résultat en apparence paradoxal, nous ne pouvons qu'émettre une hypothèse explicative. Les patients suivis en pratiques alternatives semblent d'abord satisfaits de l'attention décernée par le thérapeute: il les touche beaucoup plus, il leur parle plus et il les fait parler davantage que le médecin. L'amélioration est peut-être plus fréquente et le soulagement meilleur chez les thérapeutes alternatifs, mais les patients sont globalement autant portés à retourner voir les médecins que les autres et sont prêts à recommander un peu plus à leurs amis le spécialiste et le physiothérapeute que les thérapeutes des médecines douces. L'élément de confiance dans la fiabilité du diagnostic médical pourrait fort bien jouer ici.

Cette interprétation va dans le sens des résultats d'une étude récente du CSSRMM sur les plaintes enregistrées à son service à la clientèle. Résumant le rapport, Bilodeau (La Presse, 15 juin 1987) écrit que "les gens de la région de Montréal reprochent aux médecins leur comportement, leur manque d'écoute et d'information, bien davantage que la qualité de leurs actes médicaux".

6.5 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS A L'OMNIPRATICIEN

Le reste du chapitre présente en détail les données sur le recours aux intervenants et synthétisées dans la section précédente.

6.5.1 Données sur la consultation

Le recours à l'omnipraticien est une pratique fréquente chez ceux qui souffrent de mal de dos: 47,8% en ont consulté au moins un pour ce problème; en moyenne ils en vont vu 1,5.

Rappelons que les sujets ont tous souffert dans les deux dernières années; cependant le temps moyen écoulé depuis la dernière consultation avec l'omnipraticien est de 2,69 ans. Cette longue période s'explique en raison d'individus n'ayant pas consulté de généraliste à ce sujet depuis de nombreuses années. En réalité, 34,3% ont consulté un omnipraticien il y a moins de six mois et 21,5% en ont vu un il y a sept mois à un an.

En moyenne, le dernier omnipraticien a été rencontré 6,4 fois sur une période moyenne de 2,8 ans. Encore ici, cette période n'est que de 3 mois pour 35,1% de l'échantillon et varie entre 4 et 12 mois pour 20,4% de l'échantillon.

Seulement 22,8% des sujets prévoient rencontrer à nouveau dans les trois prochains mois le dernier omnipraticien consulté. Par ailleurs, 12,6% ont l'intention d'en rencontrer un autre au cours du prochain trimestre.

6.5.2 Examens, traitements, conseils

De quels examens, traitements ou conseils les patients des omnipraticiens ont-ils bénéficiés? Le tableau 6.20 présente le pourcentage des patients d'omnipraticiens ayant reçu diverses recommandations ou prescriptions. Les interventions les plus fréquentes de la part des généralistes sont l'examen radiologique, la prescription de médicaments, la consultation auprès d'un spécialiste et la prescription de physiothérapie. Plus de la moitié (64,7%) des patients d'omnipraticiens rapportent que leur médecin leur a conseillé des moyens spécifiques à faire par eux-mêmes pour soulager ou guérir leur mal de dos. Tel qu'il apparaît au tableau 6.18, la pratique d'activités physiques est le principal conseil donné à

cet égard, suivi de l'application de chaleur ou glace et du repos.

TABLEAU 6.18

Pourcentage des patients d'omnipraticiens ayant reçu diverses recommandations ou prescriptions

Interventions directes du médecin		
Examens radiologiques	72,8[1]	(242)[2]
Médicaments	49,1	(249)
Consultation auprès d'un spécialiste	35,7	(248)
Physiothérapie	25,6	(247)
Infiltrations	7,7	(246)
Corset ou autre orthèse	11,9	(246)
Conseils donnés pour soulager ou guérir		
Activités physiques	39,9	(199)[3]
Application de chaleur ou glace	14,7	
Repos	10,1	
Changements de posture	7,1	
Relaxation	6,2	
Autres	4,4	
Appuis lombaires	2,7	
Changements dans l'alimentation	1,6	
Massages	1,4	
Classes de dos	0,0	

[1] Possibilité de plusieurs réponses

[2] Base sur laquelle le pourcentage a été calculé.

[3] Base sur laquelle les pourcentages ont été calculés.

6.5 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS A L'OMNIPRATICIEN

6.5.3 Satisfaction et efficacité perçue

Diverses questions permettent d'établir la satisfaction et l'efficacité perçue quant à l'action de l'omnipraticien dans le cas des maux de dos. Notons que la satisfaction et l'efficacité perçues sont estimées en ne considérant que les patients dont l'omnipraticien n'a pas uniquement prescrit une consultation auprès d'un spécialiste. Examinons un à un les critères étudiés.

D'après 70,1% des patients, l'omnipraticien les a suffisamment examinés.

Les omnipraticiens dans l'ensemble expliquent suffisamment les traitements et les moyens qu'ils proposent: 72,9% des patients l'affirment.

Dans une proportion de 60%, les patients rapportent que l'omnipraticien les a aidés à mieux comprendre leur problème de dos.

Les répondants ont majoritairement (89,3%) suivi les recommandations de l'omnipraticien (60,2% intégralement et 29,1% partiellement). Ceux qui ont décidé de ne pas les suivre ont invoqué l'inefficacité de la recommandation. Un mois après avoir commencé à suivre les recommandations de l'omnipraticien, 60,5% des patients ont observé une amélioraton de leur état, associée à une légère diminution de la douleur. Ceux qui ne notent aucune amélioration perçoivent majoritairement que la douleur était demeurée stable. Ces données sur la perception de la douleur après un mois sont présentées en détail au tableau 6.19.

TABLEAU 6.19

Efficacité perçue un mois après avoir commencé à suivre les recommandations de l'omnipraticien (%) (n=199)

Etat		Douleur	
Amélioration	60,5%	Légèrement diminuée	62,3
		Grandement diminuée	27,3
		Complètement disparue	10,4
Non-amélioraton	39,5%	Demeurée stable	85,8
		Légèrement augmentée	10,6
		Grandement augmentée	3,6

6.5 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS A L'OMNIPRATICIEN

Si c'était à refaire, 71,7% des sujets suivraient exactement de la même façon les recommandations du médecin généraliste. La principale raison pour ne plus les suivre le cas échéant est l'inefficacité (partielle ou totale) des recommandations.

6.6 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AUX SPECIALISTES

6.6.1 Données sur la consultation

Le tiers des répondants (34,8%) ont consulté divers spécialistes pour leurs maux de dos. Le tableau 6.20 présente quelques données sur la répartition de cette consultation.

TABLEAU 6.20

Distribution de la population atteinte selon le spécialiste consulté (%)

Spécialiste consulté	Pourcentage sur l'ensemble des répondants (N=507)	Pourcentage sur les patients de spécialistes (N=174)	Nombre moyen de praticiens vus
Orthopédiste	24,6[1]	71,8	2,2
Neurologue ou neurochirurgien	12,4	36,2	1,5
Physiatre	8,7	25,3	1,4

[1] Possibilité de plusieurs spécialistes.

Puisque parmi les répondants, certains ont consulté deux ou trois types de spécialistes, les questions ont été posées pour le dernier spécialiste consulté. Les patients des spécialistes se répartissent en définitive de la façon suivante dans l'échantillon:

- orthopédiste : 56,9%
- neurologue ou neuro-chirurgien : 26,3%
- physiatre : 16,8%.

Les aspects du recours au spécialiste seront analysés ici sans égard au type de spécialiste consulté.

La dernière consultation avec un spécialiste remonte en moyenne à quatre ans. Par contre, 21,4% en ont vu un il y a moins de six mois et 41,5%, il y a moins d'un an. Cette

6.6 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AUX SPECIALISTES

moyenne élevée s'explique du fait que 20% de l'échantillon ont consulté un spécialiste il y a plus de six ans.

Le dernier spécialiste a été rencontré en moyenne 5,6 fois sur une période moyenne de 17 mois. La minorité des patients (16,4%) prévoit rencontrer ce médecin au cours du prochain trimestre, alors que 8,2% ont l'intention d'en rencontrer un autre au cours de cette période.

Les patients rapportent avoir dû attendre 1,5 mois en moyenne pour obtenir un premier rendez-vous avec le spécialiste. Autant l'ont vu à l'hôpital (49,4%) qu'à son bureau privé (50,6%). Le délai d'attente n'apparaît pas différent selon l'un ou l'autre lieu de consultation.

Interrogés sur les frais non remboursés encourus par ces visites, les patients mentionnent les frais de transport (13,0%), de médicaments (3,4%) et la perte d'heures de travail (3,3%). Les quelques 66 individus mentionnant les frais de transport proviennent des grandes villes comme des régions.

6.6.2 Examens, traitements, conseils

Le tableau 6.21 présente le pourcentage des patients de spécialistes ayant reçu diverses recommandations ou prescriptions. Les examens radiologiques, la physiothérapie et les médicaments constituent les interventions les plus fréquentes, ce qui était également le cas chez les omnipraticiens. Notons que les infiltrations et la recommandation d'orthèses sont plus fréquentes chez le spécialiste que chez le généraliste.

Les spécialistes sont nombreux (63,4%) à donner des conseils sur des moyens que le patient peut faire lui-même pour soulager ou guérir leur mal. Comme l'indique le tableau 6.21, ils insistent surtout sur l'activité physique; les changement de posture, l'application de chaleur ou de glace et le repos sont également mentionnés en priorité.

6.6 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AUX SPECIALISTES

TABLEAU 6.21

Pourcentage des patients de spécialistes ayant reçu diverses recommandations ou prescriptions

Interventions directes du médecin	
Examens radiologiques	74,1[1] (175)[2]
Physiothérapie	45,1
Médicaments	37,2
Corset ou autre orthèse	21,8
Infiltrations	13,6
Conseils donnés pour soulager ou guérir	
Activités physiques	48,9
Changements de posture	10,3
Application de chaleur ou glace	9,4
Autres	6,7
Repos	6,4
Relaxation	3,0
Massages	2,1
Classes de dos	1,9
Changements dans l'alimentation	0,7
Appuis lombaires	0,0

[1] Possibilité de plusieurs réponses

[2] Base sur laquelle les pourcentages ont été calculés.

6.6 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AUX SPECIALISTES

6.6.3 Satisfaction et efficacité perçue

Une majorité de patients (77,3%) rapportent avoir été suffisamment examinés par le spécialiste.

Les spécialistes ont suffisamment expliqué les traitements et les moyens proposés dans 70,4% des cas. Ils ont aidé 67,9% de leurs patients à mieux comprendre leur problème de mal de dos.

Les patients ont suivi les recommandations du spécialiste dans de fortes proportions: 58,7% intégralement et 29,5% partiellement. L'inefficacité est invoquée par ceux qui ont choisi de ne pas suivre les recommandations du spécialiste. Un mois après avoir commencé à suivre les recommandations du spécialiste, 63,7% des patients ont observé une amélioration de leur état: 46,0% rapportent que la douleur a légèrement diminué et 45,1% disent qu'elle a grandement diminué. La douleur est restée stable pour 86,5% des patients qui ne notent pas d'amélioration de leur état. Le tableau 6.22 présente ces données en détail.

TABLEAU 6.22

Efficacité perçue un mois après avoir commencé à suivre les recommandations du spécialiste (%) (n=175)

Etat		Douleur	
Amélioration	63,7%	Légèrement diminuée	46,0
		Grandement diminuée	45,1
		Complètement disparue	8,8
Non-amélioraton	36,3%	Demeurée stable	86,5
		Légèrement augmentée	6,7
		Grandement augmentée	6,7

Si c'était à refaire, 80,6% des patients suivraient encore de la même façon ces recommandations. Encore ici, l'inefficacité est mentionnée comme raison par ceux qui ne suivraient plus les recommandations.

La forte majorité des patients (86,2%) recommanderaient à leur meilleur(e) ami(e) de voir un spécialiste (physiatre, orthopédiste, neurologue ou neurochirurgien) s'il (elle) avait mal au dos.

6.7 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AU PHYSIOTHERAPEUTE

6.7.1 Données sur la consultation

Parmi l'ensemble des sujets souffrant du dos, 22,1% ont reçu des traitements d'un physiothérapeute. En moyenne ces patients ont vu 2,2 physiothérapeutes.

La dernière consultation en physiothérapie a eu lieu en moyenne il y a 2,95 ans; mais 38% des patients de physiothérapeute ont reçu des traitements au cours de la dernière année.

Les patients ont bénéficié en moyenne de 17 séances de physiothérapie échelonnées sur 5,6 mois. En moyenne, la fréquence des séances est de 2,6 par semaine.

Peu de sujets dans la population sont en "traitement actif": seulement 6,25% des patients déjà traités ou en traitement prévoient rencontrer le même physiothérapeute au cours du trimestre, alors que 3,6% ont l'intention d'en voir un autre pendant cette période.

Les patients ont vu le physiothérapeute à l'hôpital (45,7%) ou à leur bureau privé (54,3%). La forte majorité d'entre eux (81,2%) disent avoir utilisé leur carte d'assurance-maladie pour recevoir leurs traitements, alors que 20,5% déclarent avoir eu à payer partiellement ou totalement. Seulement 31,7% des patients vus en bureau privé disent avoir payé totalement ou partiellement leurs traitements, alors que 64,9% déclarent avoir utilisé leur carte d'assurance-maladie dans ce contexte. Il est donc possible que plusieurs de ces derniers aient visité une clinique tenue par un ou des médecins qui souvent engagent des techniciens pour donner les traitements de physiothérapie. Dans les hôpitaux, ce sont règle générale des physiothérapeutes qui donnent ces traitements. Il s'avère donc nécessaire de considérer les données recueillies ici sur les physiothérapeutes avec nuance: il pourrait s'agir dans un certain nombre de cas de techniciens en physiothérapie.[1]

---

1 Nous avions prévu qu'il serait difficile d'établir précisément le profil professionnel des praticiens déclarés "physiothérapeutes" dans l'enquête puisque les patients n'ont guère à s'en préoccuper, sauf en cas de remboursement par leurs assurances personnelles.

6.7 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AU PHYSIOTHERAPEUTE

La période d'attente moyenne avant l'obtention d'un rendez-vous avec le physiothérapeute est de 3,7 mois. La période d'attente moyenne à l'hôpital est de 18,2 semaines, tandis qu'elle est de 11,7 semaines en bureau privé.

Les sujets qui paient en partie ou en entier leurs traitements bénéficient de délai d'attente beaucoup plus courts, comme l'indique le tableau 6.23.

TABLEAU 6.23

Distribution des patients en physiothérapie selon la période d'attente (%)

Période d'attente	Paient (n=22)	Ne paient pas (n=87)
Moins d'un mois	65,5	35,1
1-2 mois	25,1	25,3
2 mois et plus	9,4	39,4

Exception faite des frais de physiothérapie, quelles dépenses ces traitements entraînent-elles pour les patients? En plus de plusieurs dépenses disparates, le transport est évoqué par 44,6% des patients de physiothérapeutes, alors que 16,9% mentionnent la perte d'heures de travail.

6.7.2 Traitements, conseils

Le tableau 6.24 présente le pourcentage des patients suivis en physiothérapie ayant reçu divers traitements. L'électrothérapie, l'application de chaleur ou de glace et l'enseignement et la pratique d'exercices viennent en tête de liste.

Près de trois physiothérapeutes sur quatre (74,1%) prodiguent à leurs patients des conseils sur des moyens à prendre par eux-mêmes pour soulager ou guérir leur mal. Ces moyens sont présentés au tableau 6.24. Le principal conseil porte sur l'activité physique, suivi de loin par les changements de posture et l'application de chaleur ou de glace.

6.7 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AU PHYSIOTHERAPEUTE

TABLEAU 6.24

Pourcentage des patients en physiothérapie ayant reçu divers traitements

Traitements	
Electrothérapie (ultrasons, TENS, stimulation électrique, etc.)	67,3[1]
Chaleur ou glace	56,7
Exercices généraux	45,1
Thérapies manuelles (massages, mobilisation, ponçage, manipulations)	38,0
Tractions	30,9
Rééducation posturale globale	9,1
Autres	8,3
Conseils donnés pour soulager ou guérir	
Activités physiques	59,2
Changements de posture	17,4
Application de chaleur ou glace	16,8
Relaxation	5,6
Autres	4,8
Classes de dos	3,7
Appuis lombaires	3,3
Repos	2,4
Changements dans l'alimentation	0,0
Massages	0,0

[1] Possibilité de plusieurs réponses

6.7.3 Satisfaction et efficacité perçue

La très forte majorité des patients (86,5%) ont eu l'impression d'avoir été suffisamment examinés par le physiothérapeute.

6.7 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AU PHYSIOTHERAPEUTE

De l'avis de 87,0% des patients, les physiothérapeutes leur ont suffisamment expliqué les traitements et les moyens proposés. Ils ont aidé 74,2% de leurs patients à mieux comprendre leur problème de dos.

Quel est, selon les patients, l'effet de la physiothérapie un mois après avoir commencé à suivre les traitements? Une amélioration est notée chez 62,5% des patients: pour 59,2% d'entre eux la douleur a légèrement diminué alors qu'elle a grandement diminué pour 35,3% des patients dont l'état s'est amélioré. La douleur est demeurée stable pour 83,3% des patients qui ne déclarent pas d'amélioration après un mois. Les données relatives à l'efficacité perçue sont présentées au tableau 6.25.

TABLEAU 6.25

Efficacité perçue un mois après avoir commencé à suivre les traitements de physiothérapie (%) (n=112)

Etat		Douleur	
Amélioration	62,5	Légèrement diminuée	59,2
		Grandement diminuée	35,3
		Complètement disparue	5,5
Non-amélioraton	37,5	Demeurée stable	83,3
		Légèrement augmentée	8,7
		Grandement augmentée	8,0

Si c'était à refaire, 66,7% des patients suivraient encore des traitements de physiothérapie. L'inefficacité (partielle ou totale) des traitements est encore la raison majeure invoquée pour ne pas en suivre à nouveau (73,3% de ceux qui n'y retourneraient pas). Les désagréments engendrés par les traitements constituent également une raison de ne pas y retourner (15,5% de ceux qui n'y retourneraient pas).

Si leur meilleur(e) ami(e) avait mal au dos, 81,1% des patients leur recommanderaient de voir un physiothérapeute.

6.8 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AUX PRATICIENS ALTERNATIFS

6.8.1 Données sur la consultation

La moitié de la population (48,9%) atteinte a déjà consulté un praticien alternatif pour son mal de dos. Les praticiens consultés sont les suivants:

- chiropraticien : 84,7%
- acupuncteur : 12,1%
- autres : 9,0%
- masseur, massothérapeute : 4,5%
- ostéopathe : 0,9%
- praticien de l'anti-gymnastique : 0,4%.

Dans les paragraphes suivants, l'analyse portera sur les chiropraticiens, les acupuncteurs et les autres praticiens considérés ensemble. Outre les massothérapeutes, ostéopathes et praticiens de l'anti-gymnastique, entrent dans cette troisième catégorie les orthothérapeutes, rebouteurs ou "ramancheurs", naturopathes et homéopathes.

Puisqu'il s'agit de thérapies parallèles au système de santé, il est intéressant de savoir qui conseille de consulter un praticien alternatif. Le tableau 6.26 présente les sources de recommandation selon les divers praticiens. Dans les trois cas, moins de la moitié déclarent ne pas avoir été conseillés. Les recommandations émanent principalement du réseau personnel. Notons que les omnipraticiens sont beaucoup plus fréquemment cités comme source de conseil dans le cas de l'acupuncture et des autres thérapies que pour la chiropratique, alors que cette dernière est en principe la médecine douce la plus répandue et la plus légitimée.

Les patients de médecines douces sont peu nombreux à consulter un médecin pendant cette période. Voici le pourcentage de ceux qui déclarent en avoir vu un à ce moment:

- patients vus par un chiropraticien : 12,4%
- patients vus par un acupuncteur : 33,8%
- patients vus par un autre thérapeute : 22,1%.

6.8 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AUX PRATICIENS ALTERNATIFS

TABLEAU 6.26

Qui conseille de consulter les praticiens alternatifs? (%)

Source de conseil	Chiropraticien (n=189)	Acupuncteur (n=27)	Autres (n=23)
Aucune personne	42,5[1]	27,8	36,4
Ami, parent, connaissance	52,1	54,7	28,2
Omnipraticien	5,8	17,6	30,4
Neurologue, neurochirurgien	---	---	3,3
Physiatre	---	2,8	---
Physiothérapeute	0,6	---	1,7

[1] Possibilité de plusieurs réponses.

La majorité des patients de médecines douces ont vu leur praticien régulièrement; c'est le cas de 82,9% en chiropratique, de 85,2% en acupuncture et de 40,4% dans les autres pratiques. Les périodes moyennes de consultation sont les suivantes:

- chiropratique: 33,9 semaines
- acupuncture : 17,2 semaines
- autres : --- (n insuffisant).

Environ le quart des patients sont en traitement actif, c'est-à-dire qu'ils prévoient voir leur praticien au cours du trimestre, c'est le cas de:

- 27,9% des patients en chiropratique
- 21,2% des patients en acupuncture
- 25,6% des patients des autres pratiques.

Peu de patients prévoient consulter au cours des trois prochains mois un autre chiropraticien (7,0%), un autre acupuncteur (5,2%) ou un autre praticien des autres thérapies (10,0%).

6.8 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AUX PRATICIENS ALTERNATIFS

Il aurait été difficile de demander précisément les frais encourus par les patients de médecines douces. Cependant, nos données permettent d'estimer qu'ils sont importants. La forte majorité ont dû débourser pour leurs traitements; c'est le cas de:

- 91,5% des patients en chiropratique
- 90,3% des patients en acupuncture
- 59,6% des patients des autres pratiques.

Compte tenu du nombre de semaines de consultation régulière, par exemple 34 semaines en moyenne en chiropratique, les charges financières sont certainement lourdes à porter.
Plus de la moitié des patients déclarent que leurs traitements en médecines douces leur a occasionné d'autres dépenses: 59,2% en chiropratique, 60% en acupuncture et 59,6% dans les autres pratiques.

La principale source de dépense afférente est le transport dans le cas de la chiropratique et de l'acupuncture. Les médicaments viennent au premier rang dans les pratiques diverses. Cela peut peut-être s'expliquer par la présence des naturopathes et des homéopathes parmi ces praticiens. Cependant, il est étonnant de constater que parmi ceux qui déclarent des dépenses afférentes, 11% des patients de chiropratique disent avoir dû débourser pour des médicaments. En effet, la chiropratique ne recoure pas en principe à la prescription de médicaments. Enfin, il est également surprenant de constater que peu de sujets se plaignent de perte d'heures de travail encourues pour recevoir les traitements: 6,0 en chiropratique, 1,4% en acupuncture et 0,0% dans les autres pratiques. Ce résultat s'explique peut-être par la grande disponibilité de ces praticiens (soirs et week-end).

Pour résumer les données sur la consultation, c'est surtout le réseau personnel qui incite à la consultation en médecines douces; l'omnipraticien joue un rôle modeste à cet égard. Lors de la période de consultation, peu de patients voient parallèlement un médecin. Cela pourrait signifier une perte de confiance vis-à-vis la médecine classique (à tout le moins temporaire) ou la perception de ne pas être encouragé par le médecin dans sa démarche. Les patients ont vu leur praticien de médecines douces de façon régulière pendant une longue période et la forte majorité d'entre eux ont déboursé personnellement pour leurs traitements. D'autres frais sont occasionnés par ces traitements, principalement associés au transport.

6.8 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AUX PRATICIENS ALTERNATIFS

6.8.2 Conseils

Tout comme les autres praticiens, les praticiens alternatifs sont nombreux à prodiguer des conseils pour soulager ou guérir les maux de dos; c'est le cas de:

- 61,3% des chiropraticiens
- 66,6% des acupuncteurs
- 62,4% des autres praticiens.

Les conseils donnés sont présentés au tableau 6.27, accompagnés du pourcentage de praticiens qui les prodiguent. Le conseil le plus fréquemment donné concerne l'activité physique; les autres conseils varient grandement selon les catégories de pratiques.

TABLEAU 6.27

Distribution des patients suivis en pratiques alternatives selon les recommandations reçues pour soulager ou guérir leur mal de dos (%)

	Chiropraticien (n=189)	Acupuncteur (n=27)	Autres praticiens alternatifs (n=23)
Activités physiques	48,3[1]	22,2	24,3
Application de chaleur ou glace	7,6	18,5	3,3
Appuis lombaires	1,7	1,4	6,7
Changements dans l'alimentation	2,7	10,6	23,1
Changements de posture	8,5	5,6	16,0
Classes de dos	0,6	0,0	0,0
Massages	3,4	15,7	6,7
Relaxation	4,4	14,0	14,4
Repos	7,9	15,7	7,7
Autres	1,0	6,4	19,3

[1] Possibilité de plusieurs réponses

6.8 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AUX PRATICIENS ALTERNATIFS

6.8.3 Satisfaction et efficacité perçue

La très forte majorité des patients ont l'impression d'avoir été suffisamment examinés par le praticien; c'est le cas de:

- 88,8% des patients en chiropratique
- 91,6% des patients en acupuncture
- 96,2% des patients des autres pratiques.

Les explications concernant les traitements proposés ont été suffisantes pour:

- 87,0% des patients en chiropratique
- 90,1% des patients en acupuncture
- 91,2% des patients des autres pratiques.

Les praticiens ont aidé leurs patients à mieux comprendre leur problème de dos; cela est affirmé par:

- 77,8% des patients en chiropratique
- 82,6% des patients en acupuncture
- 74,0% des patients des autres pratiques.

Après un mois de traitement, environ trois patients sur quatre ont noté une amélioration de leur état:

- 76,4% des patients en chiropratique
- 78,2% des patients en acupuncture
- 69,1% des patients des autres pratiques.

Les patients qui n'ont pas constaté d'amélioraton qualifient leur état de stable. Le tableau 6.28 présente en détail les données relatives à l'efficacité perçue. Dans l'ensemble, les pratiques semblent produire des effets comparables en termes d'efficacité perçue.

6.8 DONNEES DETAILLEES SUR LE RECOURS AUX PRATICIENS ALTERNATIFS

TABLEAU 6.28

Distribution des répondants selon l'efficacité perçue un mois après avoir commencé à suivre des traitements alternatifs (%)

Etat		Douleur	
Chiropratique (n=183)			
Amélioration	76,4	légèrement diminuée	34,7
		grandement diminuée	50,5
		complètement diminuée	14,9
Non-amélioration	23,6	demeurée stable	80,6
		légèrement augmentée	19,4
		grandement augmentée	0,0
Acupuncture (n=27)			
Amélioration	78,2	légèrement diminuée	33,7
		grandement diminuée	57,4
		complètement diminuée	8,9
Non-amélioration	21,8	demeurée stable	93,6
		légèrement augmentée	6,4
		grandement augmentée	0,0
Autres pratiques (n=22)			
Amélioration	69,1	légèrement diminuée	33,7
		grandement diminuée	57,4
		complètement diminuée	8,9
Non-amélioration	30,9	demeurée stable	93,6
		légèrement augmentée	6,4
		grandement augmentée	0,0

Si c'était à refaire,

- 70,8% des patients en chiropratique
- 80,5% des patients en acupuncture
- 80,1% des patients des autres pratiques

retourneraient voir un praticien de cette spécialité. Les patients suivis en chiropratique sont donc plus nombreux à manifester une insatisfaction, s'expliquant principalement par l'inefficacité du traitement. En effet, parmi ceux qui n'y retourneraient pas, 22,6% des patients en chiropratique invoquent l'inefficacité, alors que c'est le cas de seulement 13,4% de ceux qui ne retourneraient pas en acupuncture et de 11,5% des patients qui ne retourneraient pas consulter un praticien des autres thérapies. Un plus grand nombre d'insatisfaits invoquent également les frais de consultation en chiropratique (8,2%, contre 2,8% en acupuncture et 0,0% dans les autres pratiques.

Cependant, environ 80% des patients de chaque pratique la recommanderait à leur meilleur(e) ami(e) s'il (elle) avait mal au dos (chiropratique: 79,1%; acupuncture: 80,8%; autres pratiques: 81,4%).

CHAPITRE VII

ETRE CHEF DE FAMILLE MONOPARENTALE

RESUME DES FAITS SAILLANTS DU CHAPITRE

1. Qui sont les chefs de famille monoparentale?

. D'après les données de l'enquête, 35,2% des Québécois de 18 ans et plus vivent à la fois avec un conjoint et un enfant de 17 ans et moins alors que 4,6% sont chefs de famille monoparentale.

. 41,6% des Québécois affirment vivre avec un (ou des) enfant(s) de moins de 18 ans. Parmi ceux-ci, un Québécois sur neuf est chef de famille monoparentale.

. Les chefs de famille monoparentale sont en forte majorité de sexe féminin (89%[1]), séparées[2] ou divorcées (66%) et leur revenu familial est nettement inférieur à celui de l'ensemble des Québécois (17 420$/32 420$).

. 42% des chefs de famille monoparentale reçoivent actuellement de l'aide sociale 61% l'ayant obtenue après la rupture (décès ou séparation) ou la naissance de l'enfant (mère célibataire).

. Parmi l'ensemble des chefs de famille monoparentale, 63% peuvent être qualifiées de plus démunies par rapport aux autres, leur revenu familial moyen étant de 9 894$ comparativement à 26 107$ pour les autres.

2. Comment ont-elles réglé leurs affaires suite à l'événement?

. La plupart des veuves (89%) ont consulté un notaire après le décès de leur conjoint, mais seulement 10% ont consulté un avocat.

---

[1] Dans ce résumé, les pourcentages sont arrondis. Les taux exacts se retrouvent dans le rapport.

[2] L'expression "chef de famille monoparentale" est traitée comme étant du genre féminin. Voir justifications à la page 202.

. Le tiers des mères célibataires (32%) sont encore en contact avec le père de l'enfant et, dans 94% de ces cas, le père visite son enfant de façon régulière.

  - Plus de la moitié de ces mères célibataires (57%) ont demandé une pension alimentaire.

  - Et 11,4% des pères concernés ont fait des démarches en vue d'obtenir la garde des enfants.

. Une personne séparée ou divorcée sur cinq a entrepris une action de négociation quelconque (thérapie, consultation, etc.) avant de se séparer.

. Après la séparation, la garde des enfants est revenue à la mère dans la plupart des cas (77%). Par contre, il y a eu mésentente entre les deux parties dans 11% des cas: 6% n'ayant pu avoir un jugement de cour ou une entente et 5% ne s'étant pas conformé au jugement ou à l'entente.

. Plus de la moitié des chefs de famille monoparentale séparées ou divorcées (56%) ont demandé une pension alimentaire et le tiers de celles qui devaient en recevoir une ne l'ont pas obtenue comme il se devait. Selon 56% des personnes concernées, l'autre parent n'assume pas ses obligations de "parent non gardien", un jugement de cour ou une entente n'étant pas intervenu ou la pension n'étant pas versée comme prévu.

. La question des droits de visite a été réglée par jugement de cour ou entente dans 79% des cas et, selon 36% des personnes concernées, le parent non gardien n'a pas vu l'enfant aussi souvent que prévu. Dans 51% des cas, il y a eu différends plus ou moins graves au sujet de ces droits de visite: pas d'entente, visites non conformes et désaccord du parent gardien quant à la fréquence de ces visites.

3. Comment se logent-elles?

. Suite à l'événement, 47% des chefs de famille monoparentale concernées ont dû déménager et le tiers de celles-ci ont en quelque sorte "perdu" dans ce déménagement: de propriétaires qu'elles étaient, elles sont devenues locataires.

. Parmi les locataires, 11% habitent un HLM et 16% de celles qui n'y habitent pas ont fait une demande en vue d'y habiter.

. Peu de chefs de famille monoparentale (5%) habitent une coopérative d'habitation et 8% de celles qui n'y habitent pas ont fait une demande en ce sens.

4. Comment gèrent-elles leurs affaires?

. Peu de répondantes (8%) ont eu de l'aide pour administrer leur budget l'année suivant l'événement et cette aide, elles l'ont trouvée surtout auprès d'un membre de la famille (66%).

. 25% des chefs de famille monoparentale ont été obligées d'emprunter de l'argent, l'année suivant l'événement.

5. Comment participent-elles au marché du travail?

. Au moment de l'événement, 50% des répondantes se consacraient aux soins de la maison, tandis que la plupart des autres (47%) avaient un emploi.

. Après l'événement, 49% des personnes qui se consacraient aux soins de la maison, ont choisi de ne pas aller sur le marché du travail et 82% de celles qui travaillaient ont continué à le faire.

6. Comment réussissent-elles à prendre soin des enfants?

. Plus du tiers des chefs de famille monoparentale (37%) ont reçu une forme d'aide quelconque pour s'occuper de leur enfant.

. 32% des chefs de famille monoparentale n'ont pas besoin de services de garde, leur(s) enfant(s) étant assez âgé(s). Par contre, 21% affirment mettre leur enfant en garderie, utiliser le service de garde scolaire ou le faire garder et 16% agissent ainsi pour pouvoir aller travailler, se chercher du travail ou étudier.

. Selon 31% des répondantes, leurs enfants ont eu des problèmes de santé, des problèmes psychologiques ou de comportement depuis la séparation, mais, selon seulement 10%, ces problèmes auraient été causés par la séparation.

7. **Quelle vie personnelle ont-elles?**

. 46% des répondantes ont eu personnellement des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques depuis l'événement, mais selon seulement 16% de celles-ci, ces problèmes auraient été causés par l'événement.

. 47% des chefs de famille monoparentale interrogées n'ont pu prendre de vacances à l'extérieur de la maison depuis l'événement et 58% de celles qui en ont prises affirment ne pas en avoir prises à tous les ans.

. Plus du quart des chefs de famille monoparentale (29%) ont des contacts avec leur belle-famille aussi souvent ou même plus souvent qu'avant.

8. **Quelle aide ont-elle reçue?**

. Plus de la moitié des chefs de famille monoparentale (55%) ont des relations amicales avec des femmes ou des hommes qui élèvent leur enfant seul et 66% en ont reçu de l'aide ou du support.

. De façon générale, 68% des chefs de famille monoparentale ont reçu de l'aide de leur entourage et 13% en ont reçue des groupes communautaires.

9. **Consommation de services de santé et de services sociaux**

. Les chefs de famille monoparentale ne se distinguent pas de la population générale quant à leur consommation des services de santé, sauf dans le cas des plus démunies qui en font une plus grande utilisation.

. Dans le cas des services sociaux, la situation est différente: 9% ont eu recours aux services sociaux et cette utilisation a atteint les 12% chez les plus démunies (3% chez ceux qui ne sont pas chefs de famille monoparentale).

. Les chefs de famille monoparentale ont plus tendance que le reste de la population à porter plainte pour des services de santé et des services sociaux (11%/5%).

. Les chefs de famille monoparentale sont en général moins satisfaites que le reste de la population québécoise du système de santé que nous avons au Québec.

. Les chefs de famille monoparentale se montrent plus exigeantes que le reste de la population relativement aux besoins des jeunes adultes de 18-30 ans, aux besoins des handicapés, aux besoins des personnes qui gardent chez elles un parent âgé et à ceux des chefs de famille monoparentale.

. Les chefs de famille monoparentale sont plus réticentes que le reste de la population en ce qui a trait à une participation directe du patient aux coûts des services reçus d'un médecin et ce, tout particulièrement chez les plus démunies.

7.0 INTRODUCTION

Au cours des années 70, les modes de vie familiaux ont subi des transformations importantes au Québec. Ainsi, suite à l'augmentation des ruptures d'union et des naissances hors mariage, on a vu s'accroître considérablement le nombre de familles monoparentales[1]. Selon les données des recensements récents (Statistique Canada, 1981), pendant la décennie 70, le nombre de familles monoparentales québécoises est passé de 138 370 à 208 400, ce qui a représenté une hausse de 52% en dix ans (pendant la même période, le nombre des familles biparentales ne s'accroissait que de 10%).

Une telle augmentation de la monoparentalité s'explique par des modifications dans les événements qui ont concouru à son émergence: alors qu'elles étaient autrefois surtout formées à la suite du veuvage, la majorité des familles monoparentales d'aujourd'hui sont l'aboutissement de divorces, de séparations d'unions légales et consensuelles, de même que de maternités célibataires[2]. La monoparentalité d'aujourd'hui est par conséquent le fait d'une unité familiale placée sous la responsabilité de parents plus jeunes et, surtout à cause de la présence d'enfants en bas âge, de mères (en 1981, 84%) qui en reçoivent la garde (Brien-Dandurand, 1982: 185).[3]

Qu'ils soient d'ordre économique ou psychosocial, les problèmes que vivent ces familles ont attiré, depuis quelques années, l'attention des organismes sociaux et publics ainsi que des chercheurs universitaires. Selon Statistique Canada (1984), les mères seules ont, comparativement aux pères seuls et aux parents de familles biparentales, le revenu familial moyen le plus bas et leurs dépenses de logements dépassent 35% de leur revenu pour atteindre, dans 16,5% des cas, les

---

1 Il faut préciser que ces tendances sont les mêmes dans le reste du Canada et dans la plupart des pays occidentaux.

2 Voir Statistique Canada 1984 et, pour le Québec, Leaune et Le Bourdais, 1985, et Dandurand, 1987.

3 Les données que nous avons recueillies nous permettent de faire une telle affirmation (voir sections 7.1 et 7.2). Compte tenu de cette réalité et pour alléger la lecture du texte du chapitre 7, nous avons choisi de traiter l'expression "chef de famille monoparentale" comme étant du genre féminin et ce, en incluant les chefs de famille monoparentale de sexe masculin.

7.0 INTRODUCTION

50%. En fait beaucoup d'entre elles ont comme seul revenu l'aide sociale et vivent conséquemment sous le seuil de la pauvreté. Selon Bellware et Charest (1986), parmi les chefs de famille monoparentale assistées sociales, sept femmes sur dix ont été amenées à l'aide sociale par suite du changement de leur situation familiale et réussissent ainsi à couvrir leurs besoins de base et ceux de leurs jeunes enfants.

En plus de ces difficultés économiques, les chercheurs ont fait état de difficultés psychosociales chez ces chefs de famille monoparentale. Les femmes qui sont dans cette situation, se sentiraient souvent isolées, parfois coupables et même traumatisées. Elles n'auraient plus la possibilité de s'occuper de soi (Sirard et al., 1986) et leur vie amoureuse serait plus ou moins compromise par leur âge et la présence d'enfants (Gauthier, 1986).

Les chefs de famille monoparentale se retrouveraient souvent seules pour faire face à leurs responsabilités et problèmes familiaux: elles ont à maintenir les relations avec l'école et les organismes de loisir; elles doivent prendre les décisions relatives à l'éducation des enfants; elles doivent assumer les problèmes physiques et psychologiques des enfants, etc. Enfin, elles doivent réorganiser leur vie personnelle et celle de la famille.

Comment les chefs de famille monoparentale en arrivent-elles à solutionner leurs problèmes? Comment réussissent-elles à s'adapter à leur nouvelle vie? Comment règlent-elles toutes les questions relatives à l'événement?[1] Sur quelle aide ont-elles pu ou peuvent-elles compter? Ont-elles fait appel à leur entourage, à des ressources communautaires ou autres?

Les recherches que nous avons consultées ne nous permettaient que d'avoir des réponses partielles à toutes ces questions et ce, pour des populations restreintes. Nous avons donc conçu une approche qui prenne en considération l'ensemble des problèmes que vivent de nos jours les chefs de famille monoparentale québécois. Il était important d'avoir une vision d'ensemble de la monoparentalité vécue à la grandeur du

---

1 Par événement, nous entendons la naissance de l'enfant dans le cas d'une mère célibataire, le décès dans le cas d'une veuve et la rupture dans le cas d'une séparation d'union légale ou consensuelle ou d'un divorce.

7.0 INTRODUCTION

Québec[1]; il était important d'assurer une certaine homogénéité dans notre définition de la monoparentalité, en faisant abstraction des familles reconstituées[2] qui font appel à une toute autre problématique et auraient complexifié l'analyse d'autant; il était important de limiter nos investigations dans le temps, pour éviter les biais de mémoire,[3] les problèmes d'analyse engendrés par l'avènement de nouvelles lois ou réglementations[4] et les problèmes émotifs d'un événement trop récent (moins de six mois); enfin, il était important d'examiner toutes les situations monoparentales possibles (hommes/femmes; veuves, mères célibataires, séparées ou divorcées, etc.).

Afin de pouvoir rencontrer toutes ces exigences, il nous fallait interroger des personnes (de sexe féminin ou masculin) qui n'étaient pas mariées et ne vivaient pas avec un conjoint. En plus, si elles étaient séparées ou divorcées, ces personnes devaient vivre avec un enfant de moins de 18 ans et avoir vécu la rupture avant le 1er novembre 1986. Si elles étaient mères célibataires, l'enfant devait être né entre le 1er avril 1969 et le 1er novembre 1986. Bref, pour cette recherche, il fallait atteindre des chefs de famille monoparentale qui vivaient seules avec de jeunes enfants une situation de monoparentalité.

---

1 Cette exigence pouvait être rencontrée seulement si la cueillette des données était réalisée par entrevue téléphonique. Pour plus d'informations sur la stratégie de cueillette adoptée, voir le chapitre 3.

2 Ménage composé d'un (ou de plusieurs) enfant(s) vivant avec sa mère (ou son père) qui vit avec un(e) conjoint(e) non apparenté(e) à l'enfant.

3 Il faut cependant mentionner que selon les personnes concernées, une telle recherche sur la monoparentalité devrait être moins affectée par les biais de mémoire que dans le cas d'autres sujets. Elles ont vécu un événement avec plus ou moins de difficulté et elles s'en rappellent encore et ce, même après dix ans.

4 La législation sur le divorce et sur l'aide sociale a subi des modifications importantes en 1969. C'est pour cette raison que cette date a été fixée comme critère d'éligibilité en plus de discriminer l'âge des enfants (18 ans).

7.0 INTRODUCTION

Le texte qui suit présente une analyse des réponses que nous avons recueillies par entrevue téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de chefs de famille monoparentale québécoises (N=301). Nous tracerons d'abord un portrait sommaire de ce qu'elles sont. Nous chercherons ensuite à voir comment elles s'y sont prises pour régler leurs affaires suite à l'événement, pour en arriver à voir l'impact de l'événement sur leur condition de logement, sur leur situation et gestion financière, sur leur participation au marché du travail, sur le soin aux enfants et sur leur vie personnelle. Nous terminerons, enfin, par une certaine estimation de l'aide reçue et de sa provenance et par une présentation sommaire de leurs opinions relativement aux services de santé et aux services sociaux. Voilà brièvement le contenu de l'analyse qui suit.

7.1 QUI SONT LES CHEFS DE FAMILLE MONOPARENTALE?

7.1.1 Prévalence

D'après les données que nous avons recueillies, **4,6% des Québécois de 18 ans et plus sont chefs de famille monoparentale[1] et 35,2% vivent avec un conjoint[2] et un (ou des) enfants de 17 ans et moins.**

On trouve aussi que 41,6% des Québécois vivent avec un (ou des) enfant(s) de moins de 18 ans. De là, il est possible d'affirmer que, **parmi ces Québécois qui vivent avec un enfant de moins de 18 ans, un sur neuf est chef de famille monoparentale.**

Les chefs de famille monoparentale sont surtout concentrées dans la région de Montréal. En effet, on en trouve:

- 6,1% dans la région de Montréal
- 2,1% dans la région de Québec
- 4,1% ailleurs au Québec.

Selon la figure 7.1, les chefs de famille monoparentale sont séparées ou divorcées dans une proportion de 66,3% ou mères célibataires dans une proportion de 17,1%.

---

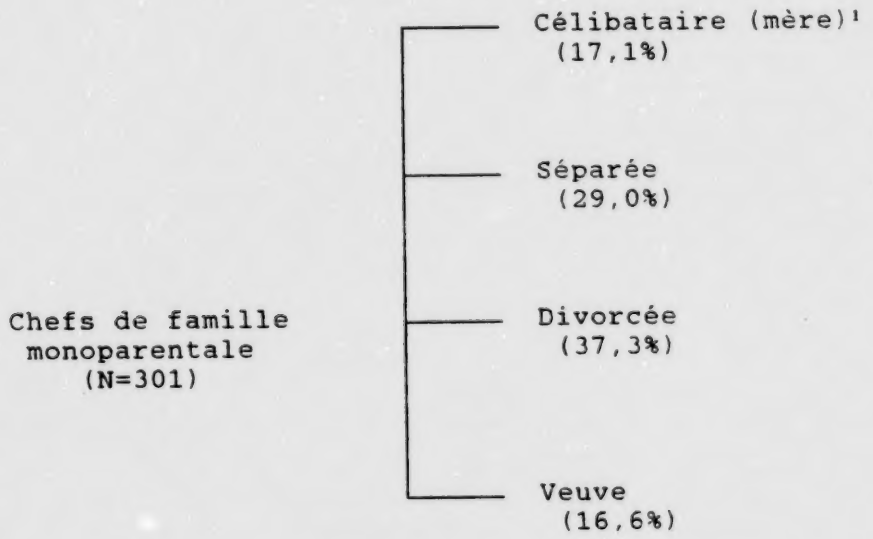
1 Statistique Canada estime cette prévalence à ~ 12%. Cet écart entre les deux estimations (4,6%/12%) tient à des différences dans la définition de ce qu'est un chef de famille monoparentale. Pour Statistique Canada, une famille monoparentale est constituée "d'un parent unique de sexe masculin ou féminin ayant un ou plusieurs enfants demeurant à la maison". Dans le cas de notre étude, l'âge des enfants et la date de l'événement faisaient aussi partie des critères d'éligibilité. Notons aussi que le degré de précision de nos données (celles relatives à la monoparentalité) est de ± 6,1%.

2 Ces personnes sont mariées (voir question D8) ou affirment vivre avec un conjoint (voir question D10).

7.1 QUI SONT LES CHEFS DE FAMILLE MONOPARENTALE?

FIGURE 7.1

Distribution des chefs de famille monoparentale
selon leur statut matrimonial



---

1 Selon la grille d'éligibilité, les "pères célibataires" ne pouvaient être retenus comme chefs de famille monoparentale.

Etait déclarée mère célibataire une femme ayant au moins un enfant de 17 ans et moins, qui vit actuellement sans conjoint et qui ne vivait pas avec le père de l'enfant au moment de la naissance de cet enfant (voir questions de dépistage: D19 à D22).

7.1 QUI SONT LES CHEFS DE FAMILLE MONOPARENTALE?

7.1.2 Caractéristiques socio-démographiques des chefs de famille monoparentale

Les chefs de famille monoparentale se distinguent de la population en général à bien des égards. En effet, **en forte majorité de sexe féminin (88,8%), elles sont légèrement moins scolarisées que la population en général et leur revenu familial est nettement inférieur à celui de l'ensemble des Québécois**[1] (voir le tableau 7.1).

Les chefs de famille monoparentale se distinguent tout aussi nettement des personnes vivant avec un conjoint et un (ou des) enfant(s) de moins de 18 ans, sauf en ce qui a trait à la distribution d'âge qui apparaît relativement comparable (voir le tableau 7.1).

Actuellement, 43,8% des chefs de famille monoparentale ont un emploi rémunéré[2], tandis que le tiers (38,1%) se consacrent aux soins de la maison[3] (voir la figure 7.2).

---

1 D'après nos données, les chefs de famille monoparentale de sexe masculin ont un revenu familial moyen de 24 936$ et ceux de sexe féminin de 16 465$.

2 60,4% des autres (répondants de la population en général) ont un emploi rémunéré.

3 En fait, 53,1% des chefs de famille monoparentale de sexe masculin travaillent actuellement et 18,8% se disent aux soins de la maison. Par contre, chez ceux de sexe féminin, 42,5% travaillent actuellement et 40,6% sont aux soins de la maison.

7.1 QUI SONT LES CHEFS DE FAMILLE MONOPARENTALE?

TABLEAU 7.1

Distribution des chefs de famille monoparentale selon certaines caractéristiques socio-démographiques (%)

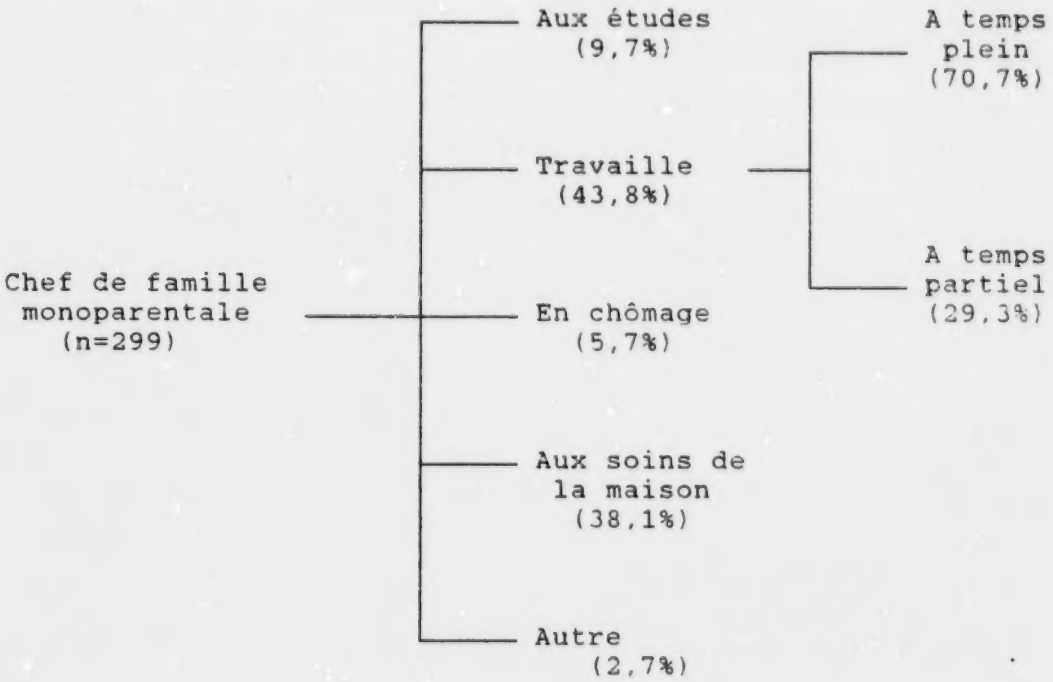
	Chefs de famille monoparentale (N=301)	Population en général (N=2114)	Personne vivant avec un conjoint et des enfants de moins de 18 ans (N=710)
Sexe			
Masculin	11,2	48,2	48,2
Féminin	88,8	51,8	51,8
Age			
18-24 ans	6,9	17,4	1,6
25-34 ans	23,1	30,3	37,7
35-44 ans	35,8	20,9	43,4
45-54 ans	21,9	12,5	15,9
55 ans et plus	12,3	18,9	1,4
Scolarité			
12 ans et moins	70,3	62,4	64,2
13 ans et plus	29,7	37,6	35,8
Revenu familial			
Moins de 20 000$	67,0	28,1	12,9
De 20 000$ à 39 999$	27,5	40,5	43,8
De 40 000$ à 59 999$	4,0	21,3	28,3
60 000$ et plus	1,5	10,1	15,0
Revenu moyen:	17 420 $	32 420 $	39 817 $

Significatif à < ,05.

7.1 QUI SONT LES CHEFS DE FAMILLE MONOPARENTALE?

FIGURE 7.2

Distribution des chefs de famille monoparentale selon leur principale occupation[1]



1 Les chefs de famille monoparentale de sexe masculin et de sexe féminin confondus.

7.1 QUI SONT LES CHEFS DE FAMILLE MONOPARENTALE?

Selon nos données, 58,7% des chefs de famille monoparentale affirment avoir déjà reçu de l'aide sociale et **41,5% en reçoivent actuellement**[1], soit

- 79,0% des mères célibataires
- 39,2% des séparées ou divorcées
- 13,1% des veuves.

Dans la plupart des cas, cette aide sociale n'a été obtenue qu'après l'événement[2] (voir la figure 7.3).

---

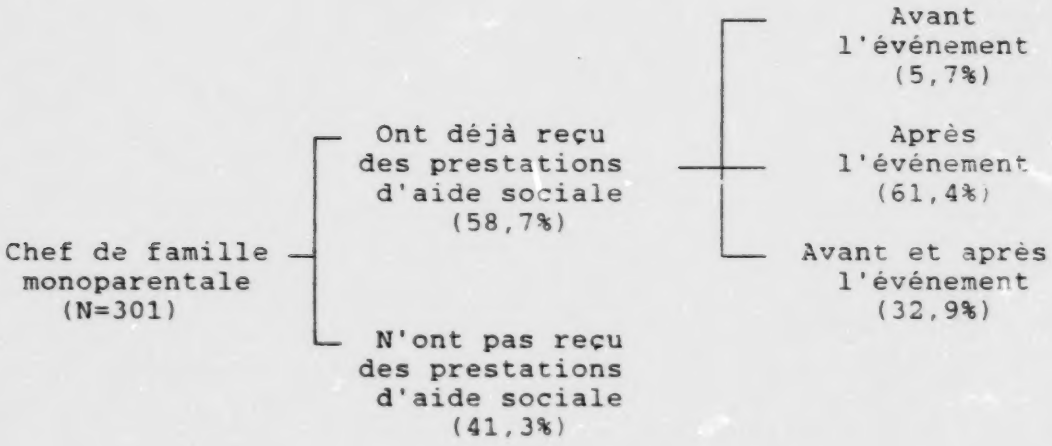
1 Selon des données du M.A.S., il y avait au Québec, en décembre 1981, 68 164 familles monoparentales recevant de l'aide sociale.

2 La moitié des personnes qui ont déjà reçu de l'aide sociale affirment en avoir reçu durant au moins un an (27,8 mois en moyenne) (voir la figure 7.3).

7.1 QUI SONT LES CHEFS DE FAMILLE MONOPARENTALE?

FIGURE 7.3

Distribution des chefs de famille monoparentale selon leur situation financière



7.1 QUI SONT LES CHEFS DE FAMILLE MONOPARENTALE?

Enfin, les chefs de famille monoparentale ne constituent pas une population monolithique. En effet, si on considère le fait qu'elles reçoivent ou non de l'aide sociale, leur revenu familial (-14 000$/+14 001$) ou le type de travail qu'elles font (s'il y a lieu), deux sous-populations très typifiées émergent[1]. Les plus démunies représentent 63,4% de l'ensemble de toutes les chefs de famille monoparentale, 65,9% de celles-ci recevant de l'aide sociale, alors que 36,6% peuvent être qualifiées comme moins démunies[2].

Selon le tableau 7.2, on trouve proportionnellement plus de chefs de famille monoparentale de sexe féminin parmi les plus démunies que de sexe masculin, plus de jeunes[3] et plus de faiblement scolarisées[4].

7.1.3 Etat de santé perçu des chefs de famille monoparentale

D'après les chefs de famille monoparentale leur état de santé est moins bon que celui rapporté par la population en général. En effet, seulement 34,0% de celles-ci se disent en très bonne santé comparativement à 42,7% du reste de la population (voir le tableau 7.3). Par contre, il y en a autant en mauvaise ou très mauvaise santé (5,6%/5,6%).

---

1 Cette typologie est basée en tout premier lieu sur la fait de recevoir ou non de l'aide sociale. En second lieu, si la personne concernée ne reçoit pas d'aide sociale, on considère son revenu déclaré par rapport au revenu médian de cette population (-14 000$/+14 001$) ou, dans le cas de données manquantes, le fait de travailler ou non à temps partiel et son type de travail (administrateure et professionnelle/autre).

2 Le revenu familial moyen des plus démunies est de 9 894$ et de 26 107$ pour autres (les moins démunies).

3 Les plus démunies ont 38,3 ans en moyenne et les autres 44,5 ans.

4 Les plus démunies ont 10,3 années de scolarité en moyenne et les autres, 12,7 années.

7.1 QUI SONT LES CHEFS DE FAMILLE MONOPARENTALE?

TABLEAU 7.2

Distribution des chefs de famille monoparentale selon leur situation financière, compte tenu de certaines caractéristiques socio-démographiques (%)

Chefs de famille monoparentale	Sexe	
	Masculin (n=267)	Féminin (n=32)
Les plus démunies	36,8	66,6
Les autres	63,2	33,4

	Age		
	18 à 34 ans (n=91)	35 à 54 ans (n=174)	55 ans et plus (n=35)
Les plus démunies	85,7	54,6	49,7
Les autres	14,3	45,4	50,3

	Scolarité	
	12 années et moins (n=208)	13 années et plus (n=35)
Les plus démunies	74,7	38,3
Les autres	25,3	61,7

7.1 QUI SONT LES CHEFS DE FAMILLE MONOPARENTALE?

TABLEAU 7.3

Distribution des chefs de famille monoparentale selon leur état de santé perçu (%)

Etat de santé	Chefs de famille monoparentale (N=301)	Population en général (N=2011)
Très bonne	34,0	42,7
Bonne	60,4	51,7
Mauvaise ou très mauvaise	5,6	5,6
TOTAL	100,0	100,0

Significatif à 0,01.

Elles n'ont pas plus de handicaps que la population en général (3,1%/3,7%) et ne se sont pas senties plus malades au cours des derniers mois, du moins pas de façon significative (17,9%/19,6%).

Enfin, il serait justifié de croire que le fait d'être plus ou moins démunie affecte l'état de santé. Selon nos données, les plus démunies sont plus nombreuses que les autres (les moins démunies) à être en mauvaise ou très mauvaise santé (7,4%/2,6%), mais, en raison des nombres restreints, cet écart n'est pas statistiquement significatif.

7.2 COMMENT ONT-ELLES RÉGLÉ LEURS AFFAIRES SUITE A L'ÉVÉNEMENT?

Suite à l'événement (décès du conjoint, naissance de l'enfant ou séparation), il y a toujours une période de réorganisation, d'adaptation ou de réactions. Dans le cas d'un décès, par exemple, il s'agit de clarifier la situation, de la régulariser et de se réorganiser. Quelles démarches ont dû être faites? Auprès de qui ont-elles été faites? Quel en a été le résultat?

Dans le cas d'une mère célibataire, la situation est différente: il est question de la naissance d'un enfant qui peut ou non avoir été reconnu par son père. De ce fait, les relations et les négociations avec le père ont pu en être affectées. Quelles démarches ont été entreprises en vue d'obtenir une pension alimentaire? Le père de l'enfant a-t-il cherché à en avoir la garde? A-t-il déjà eu des comportements violents (du début de la grossesse jusqu'à maintenant)?

Dans le cas des séparées ou divorcées, enfin, il sera plutôt question des négociations entreprises, des solutions adoptées et de leur respect ou non-respect. Comment a-t-on réglé les problèmes de garde, de pension alimentaire et de droit de visites? Quels comportements l'ex-conjoint a-t-il adoptés durant toute la période entourant la séparation? Bref, comment a-t-on réagi à l'événement?

7.2.1 La situation de veuvage

La plupart des veuves ont consulté (88,7%) un notaire après le décès de leur conjoint et la très grande majorité (97,1%) se sont dites satisfaites de ses services.

Seulement 10,0% affirment avoir consulté un avocat après le décès de leur conjoint et toutes ont été satisfaites de ses services.

La plupart des veuves ont fait une demande pour obtenir la rente (R.R.Q.) du conjoint survivant (83,5%) et toutes celles qui en ont fait la demande, l'ont obtenue. Par contre, de celles qui n'ont pas fait une telle demande (n=8), la moitié ont déclaré ne pas en connaître l'existence et l'autre moitié ne pas y avoir droit.

7.2 COMMENT ONT-ELLES REGLE LEURS AFFAIRES SUITE A L'EVENEMENT?

Peu de veuves ont été en contact, l'année suivant le décès de leur conjoint avec

- une association d'hommes (ou de femmes) 5,9%
- une association de veufs(ves) 5,9%

7.2.2 La situation de mère célibataire

Une mère célibataire sur trois (31,5%) affirme être encore en contact avec le père de l'enfant[1] et la quasi-totalité de ces pères visitent leur enfant de façon régulière (94,1%). Plus de la moitié de ces mères célibataires ont demandé au père de l'enfant une pension alimentaire (57,0%) et, à titre indicatif, le tiers de celles-ci affirment l'avoir reçue régulièrement (voir la figure 7.4).

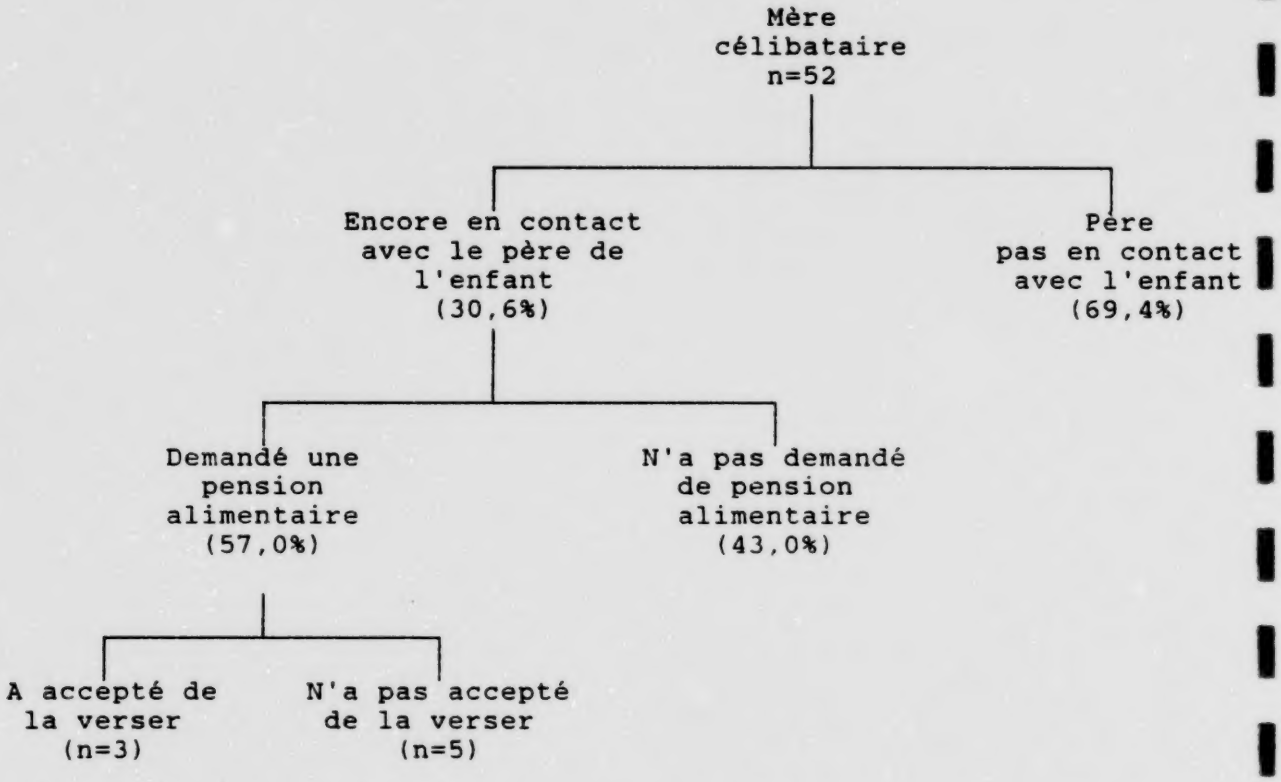
---

1 Selon 32,0% des mères célibataires de l'échantillon, l'enfant a été reconnu légalement par le père.

7.2 COMMENT ONT-ELLES REGLE LEURS AFFAIRES SUITE A L'EVENEMENT?

FIGURE 7.4

Distribution des mères célibataires selon les démarches faites en vue d'obtenir une pension alimentaire



7.2 COMMENT ONT-ELLES REGLE LEURS AFFAIRES SUITE A L'EVENEMENT?

Quant à la garde des enfants, 11,4% des pères concernés auraient fait des démarches en vue de l'obtenir, sans toutefois faire des démarches d'adoption.

Il y a eu à un moment donné (du début de la grossesse jusqu'à maintenant) des comportements plutôt violents de la part du père et, ce dans un cas sur trois.

Enfin, mentionnons, à titre indicatif, qu'aucune des mères célibataires interrogées n'a été du début de sa grossesse jusqu'à maintenant en contact avec une association de famille monoparentale ou une association de femmes.

7.2.3 La situation de séparation ou de divorce

7.2.3.1 Avant la séparation

Comment en est-on arrivé à la rupture? A-t-on au préalable entrepris certaines démarches en vue de la prévenir ou de la préparer?

Selon nos données, **seulement 23,7% des personnes séparées ou divorcées ont entrepris une action de négociation quelconque avant de se séparer:**

- 15,2% ont suivi une thérapie conjugale ou familiale[1]
- 11,3% ont consulté "un conseiller professionnel"
- 3,4% ont utilisé le Service de médiation à la famille[2].

Parmi celles qui n'ont rien entrepris, 20,2% ont affirmé avoir songé à utiliser de telles ressources, mais sans toutefois pouvoir le faire. Ceci, pour différentes raisons:

- parce que le conjoint ne voulait pas en entendre parler 62,5%[3]
- parce qu'elles ne savaient pas à qui s'adresser 16,7%

---

1 Parmi celles qui ont suivi une thérapie conjugale ou familiale, 74,7% affirment l'avoir suivie en pratique privée, 21,0% au CLSC et 4,3% au CSS.

2 Possibilité de plusieurs actions de négociation.

3 Possibilité de plusieurs réponses.

7.2 COMMENT ONT-ELLES REGLE LEURS AFFAIRES SUITE A L'EVENEMENT?

- parce que ce n'était pas approprié 12,5%
- parce que le service n'était pas accessible 8,3%
- parce que c'était trop difficile 4,2%
- pour d'autres raisons 16,7%.

7.2.3.2 Après la séparation

Après la séparation, il a fallu régler les questions de garde, de pension alimentaire et des droits de visite. Comment ces questions ont-elles été solutionnées? Qu'est-il-arrivé des ententes intervenues?

a) La garde des enfants

D'après les données recueillies, c'est la mère qui, généralement, garde les enfants tout de suite après la séparation (81,7%) et, dans 94,4% de ces cas, la situation est demeurée inchangée après un jugement de cour ou après arrangement avec l'ex-conjoint[1] (voir la figure 7.5).

Par contre, **seulement un père sur deux (52,4%) peut conserver après jugement ou entente la garde de cet enfant.**[2] La figure 7.5 fait état de ces modes de garde qui ont été adoptés tout de suite après la séparation et des changements survenus après jugement de cour ou entente[3].

---

1 Selon Bellware et Charest (1986), les chefs de familles monoparentales de sexe féminin (des assistées sociales) croient "que la garde des enfants, c'est une affaire de femme", "ça leur revient", mais aussi "parce que le conjoint n'en voulait pas" (passim, p.42-43).

2 Les chefs de famille monoparentale de sexe féminin se montrent, en général, réticentes au fait que le père ait la garde des enfants. Selon Bellware et Charest (1986), seulement une femme sur treize, surtout parmi celles d'âge moyen, disent qu'elles "auraient consenti ou qu'elles consentiraient encore à ce que leur conjoint ait la garde des enfants" (p.43).

3 Le maintien par les juges des décisions privées de presque toutes les gardes maternelles et le démenti d'une garde paternelle sur deux est un modèle qui correspond à peu près à celui observé dans l'ensemble du

7.2 COMMENT ONT-ELLES REGLE LEURS AFFAIRES SUITE A L'EVENEMENT?

Seulement le tiers des chefs de famille monoparentale (séparées ou divorcées) ne se sont pas prévalues d'un jugement de cour pour régler cette question de la garde des enfants et 82,7% de celles-ci se sont entendues avec leur conjoint à ce sujet.[1] Mentionnons que dans la quasi-totalité des cas où il y a eu jugement de cour ou entente (94,7%), on s'est conformé de part et d'autre au jugement obtenu ou à l'entente intervenue (voir la figure 7.6). En d'autres termes, **10,8% des chefs de famille monoparentale ont eu des différends à propos de la garde: 5,6% n'ont pu avoir jugement de cours ou entente et 5,1% affirment que l'on ne s'est pas conformé à ce jugement ou à cette entente.**

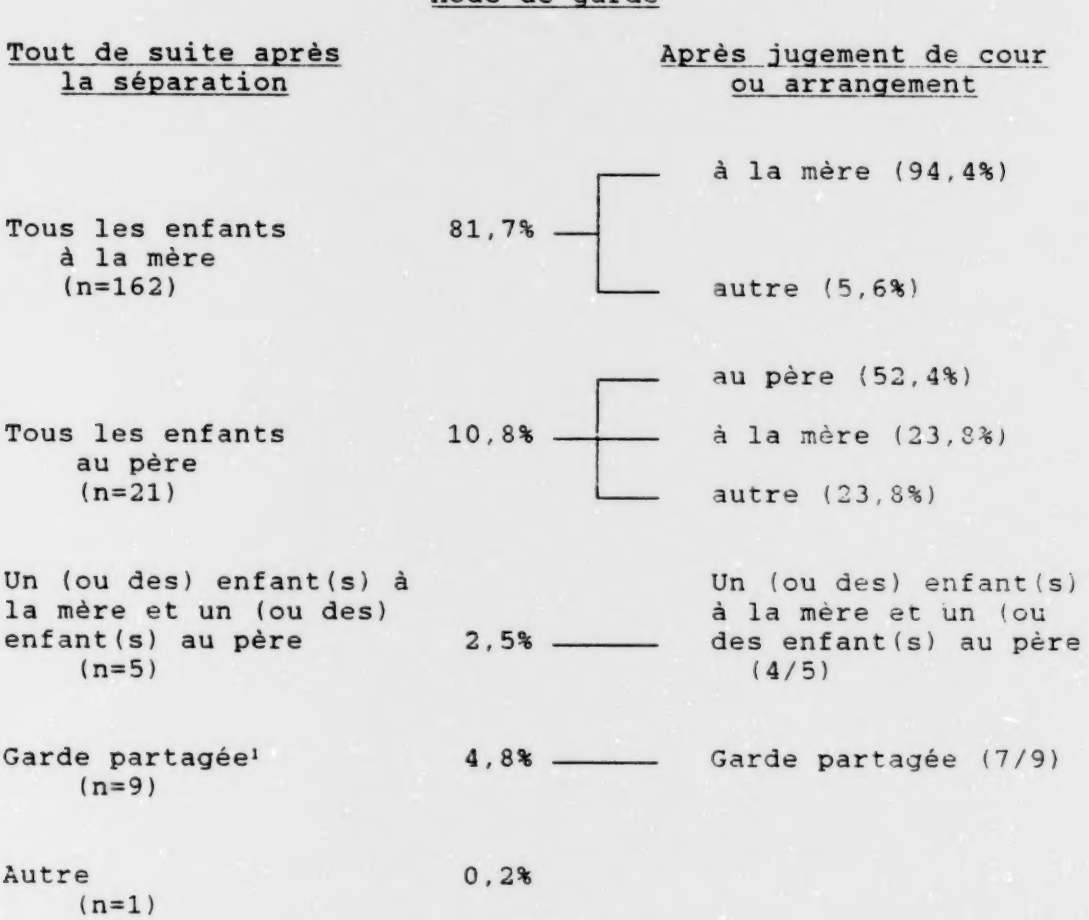
Canada (McKie et al., 1983).

1 85,3% sont parvenues à cette entente sans intermédiaire. 13,5% ont eu recours à un avocat et 1,2% à un médiateur.

7.2 COMMENT ONT-ELLES REGLE LEURS AFFAIRES SUITE A L'EVENEMENT?

FIGURE 7.5

Distribution des chefs de ménages de famille monoparentale (séparées ou divorcées) selon le mode de garde



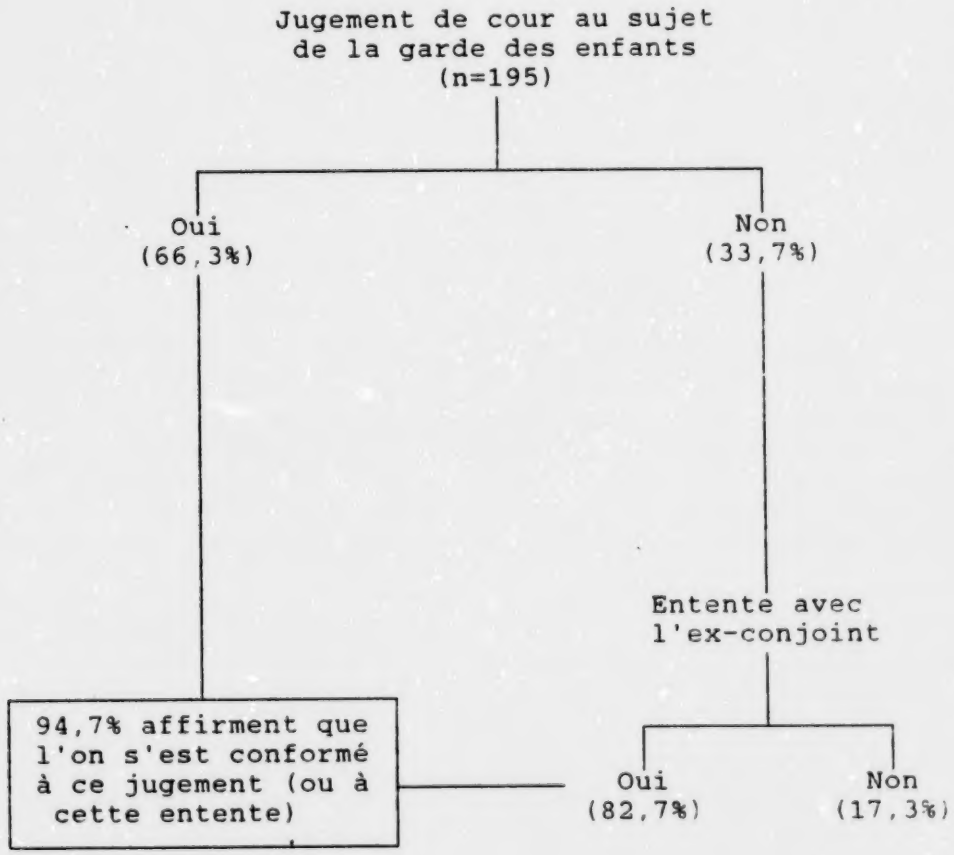
---

1 Selon Legault et Pineau (1985), 3% des jugements de divorce auraient accordé la garde partagée aux ex-conjoints. Notons que ces chiffres n'englobent pas les cas de séparations de couples vivant en union libre.

7.2 COMMENT ONT-ELLES REGLE LEURS AFFAIRES SUITE A L'EVENEMENT?

FIGURE 7.6

Distribution des chefs de famille monoparentale selon le type d'entente intervenue au sujet de la garde des enfants



7.2 COMMENT ONT-ELLES REGLE LEURS AFFAIRES SUITE A L'EVENEMENT?

b) La pension alimentaire

Un peu plus de la moitié des chefs de famille monoparentale séparées ou divorcées (56,0%) ont demandé une pension alimentaire pour les enfants:[1] 39,0% ont obtenu un jugement de cour définitif à ce sujet[2] et 21,0% se sont entendues avec l'ex-conjoint au sujet de cette pension alimentaire[3] (voir la figure 7.7).

Le tiers des chefs de famille monoparentale qui devaient recevoir une telle pension alimentaire (33,6%) affirment qu'elle ne leur a pas été versée comme prévu: 74,4% de celles-ci disent même n'avoir reçu aucune pension. Parmi celles-ci,

- 12,9% ont fait appel au Service de médiation à la famille
- 35,9% ont fait ou prévoient faire appel au percepteur des pensions alimentaires.[4]

---

1 Selon Bellware et Charest (1986), peu de chefs de famille monoparentale recoivent une pension alimentaire (environ 14%), alors que, selon nos données, il y en a 38,7%. Notons que cette différence peut s'expliquer par le fait que l'échantillon de Bellware et Charest est uniquement constitué d'assistées sociales.

2 Il est à noter que dans 60,0% des cas, ce jugement ou entente ne comporte pas de clause d'indexation.

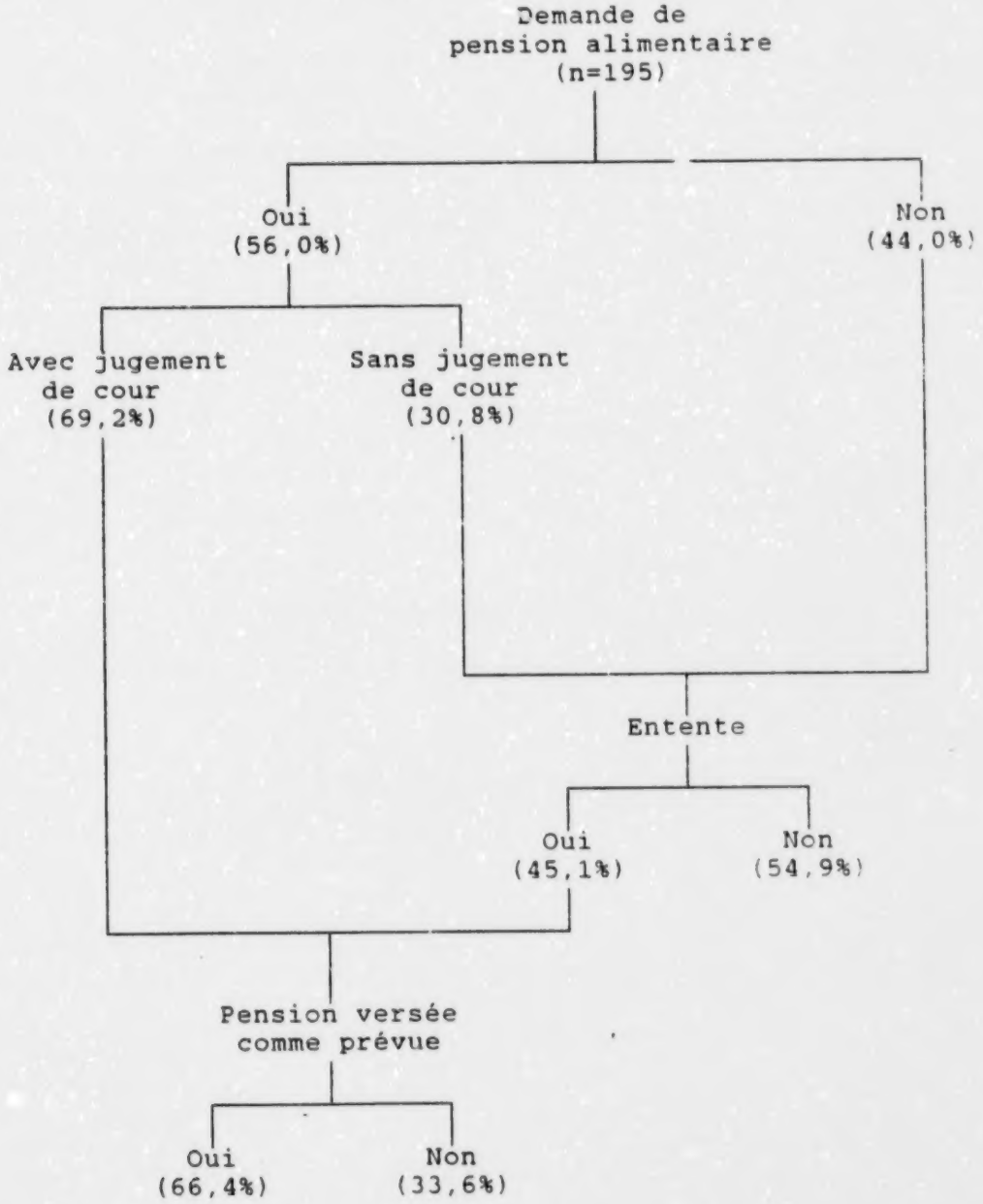
3 Plus de la moitié des personnes concernées ont conclu une telle entente sans intermédiaire (54,7%), 34,7% par l'intermédiaire d'un avocat et 10,5% par l'intermédiaire d'un médiateur.

4 Il semble que beaucoup de chefs de famille monoparentale ne veulent pas de pension, parce qu'elles ont l'impression que cela pourra réduire leurs prestations d'aide sociale d'autant, parce qu'en plus d'être pauvres, elles seront dépendantes de leur ex-conjoint, dépendantes de sa volonté de payer, parce que cela les obligerait à garder des liens avec l'ex-conjoint et, enfin, parce que l'ex-conjoint n'a pas les capacités de payer, du moins c'est le cas pour les chefs de famille monoparentale assistée sociale (Bellware et Charest, 1986).

7.2 COMMENT ONT-ELLES REGLE LEURS AFFAIRES SUITE A L'EVENEMENT?

FIGURE 7.7

Distribution des chefs de famille monoparentale (séparées ou divorcées) selon les démarches faites en vue d'obtenir une pension alimentaire



7.2 COMMENT ONT-ELLES REGLE LEURS AFFAIRES SUITE A L'EVENEMENT?

Bref, dans 55,9% des cas, l'autre parent n'assume pas ses obligations de parent non gardien: 33,3% n'ont pas eu, par jugement de cour ou entente, à verser une pension alimentaire et 22,6% ne l'ont pas versée comme prévu.

c) Les droits de visite

Le tiers des chefs de famille monoparentale concernées (31,1%) se sont entendues avec l'ex-conjoint au sujet des droits de visite[1] et 47,8% ont eu un jugement de cour définitif à ce sujet[2] (voir la figure 7.8). De toutes celles-ci, le tiers (36,2%) affirment que le parent non gardien n'a pas vu l'enfant aussi souvent que prévu et, dans la plupart de ces cas, cette situation s'explique par le fait que le parent non gardien n'était pas intéressé à voir l'enfant (70,8%).[3] Enfin, soulignons que, dans la quasi-totalité des cas où on a vu l'enfant aussi souvent que prévu, on affirme être d'accord avec cette fréquence de visites (97,2%).[4] De

---

1 Selon les données recueillies, 90,8% des chefs de famille monoparentale qui se sont entendues avec leur ex-conjoint au sujet des droits de visite se disent satisfaites de l'arrangement intervenu. De plus, il est intéressant de noter que, selon 85,3% des répondantes, cet arrangement est intervenu sans intermédiaire, les autres ayant fait appel à un avocat (13,6%) ou à un médiateur (1,1%).

2 En général, ce jugement correspond à ce que personnellement le chef de famille monoparentale voulait (82,2%) et à ce que, selon la répondante, l'ex-conjoint voulait (80,3%).

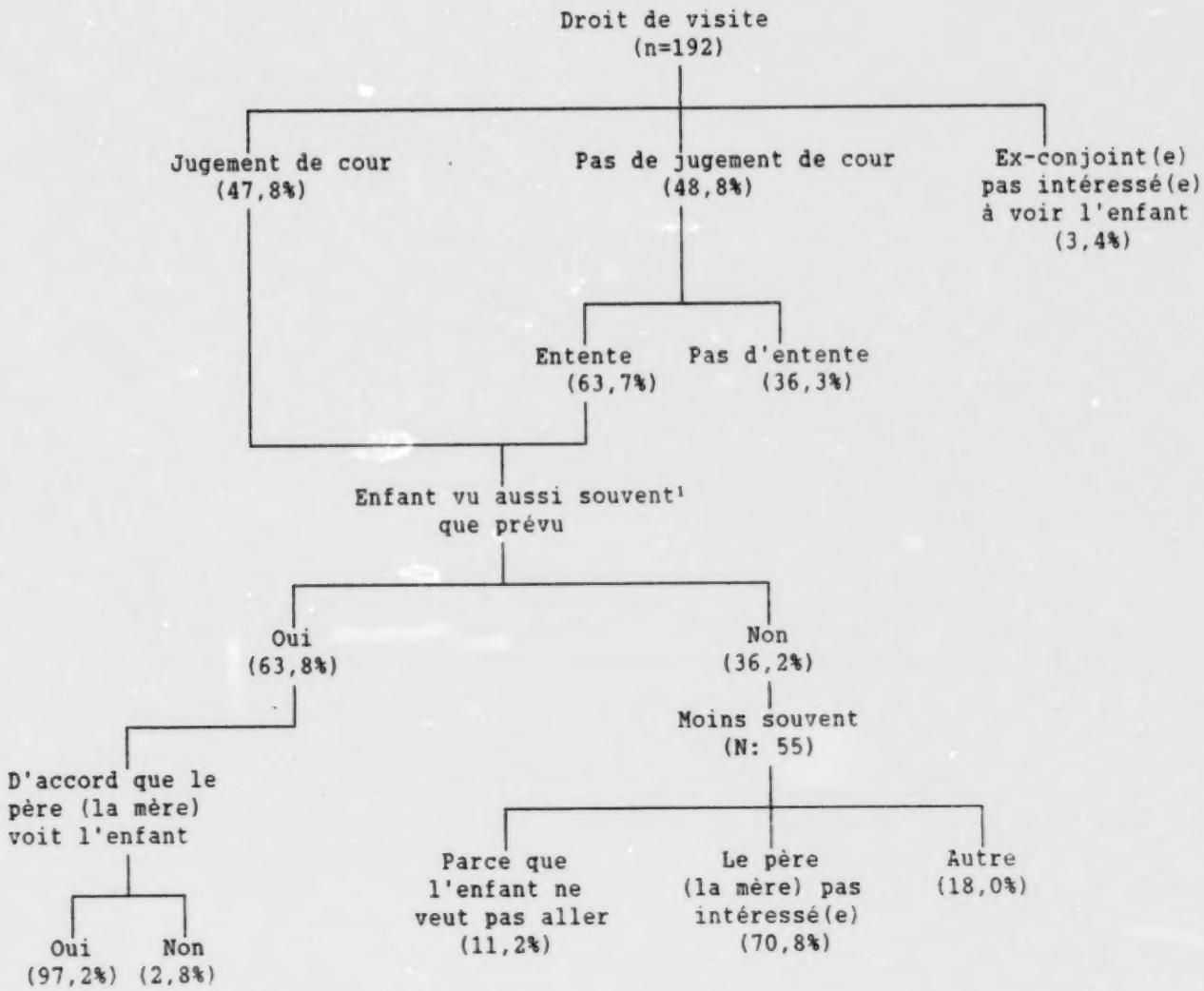
3 Cette situation s'explique aussi par le fait que l'enfant ne veuille aller chez le parent non gardien (11,2%) ou autre (18,0%).

4 Selon Bellware et Charest (1986), environ le tiers des jeunes femmes concernées disent que le père est assidu dans ses visites", "la moitié des femmes d'âge moyen affirment que le père fréquente les enfants régulièrement, au moins une fois par mois" et seulement 20% des plus âgées pensent que le père voit régulièrement ses enfants (p.41).

7.2 COMMENT ONT-ELLES REGLE LEURS AFFAIRES SUITE A L'EVENEMENT?

FIGURE 7.8

Distribution des chefs de famille monoparentale (séparées ou divorcées) selon leur type de pratique du droit de visite



1 Selon Bellware et Charest (1986), "trois pères sur cinq voient encore leurs enfants" (p.40).

là, il est possible d'affirmer que, **dans 51,0% des cas, il y a eu des différends plus ou moins graves à propos des visites: pas d'entente (20,8%), visites non conformes (28,6%) et désaccord du parent gardien quant à la fréquence des visites (1,5%).**

d) La violence domestique

La situation de chef de famille monoparentale peut être l'occasion de frictions plus ou moins importantes entre les divers partenaires. En effet, en plus de la situation généralement difficile qui a mené à la rupture (séparation ou divorce), l'après-événement et toutes ses composantes (la garde des enfants, les droits de visite et la pension alimentaire) peuvent être l'occasion d'une dégradation plus ou moins importante de relations déjà détériorées. Dans un tel contexte, il est possible que surviennent ou se perpétuent des comportements plus ou moins violents de la part de l'ex-conjoint. Qu'en est-il vraiment dans la réalité? Combien de femmes, chefs de famille monoparentale, sont ainsi violentées par le père de leur enfant? Que font-elles dans cette situation?

Selon les données recueillies, **le tiers (31,9%) des femmes chefs de famille monoparentale séparées ou divorcées affirment que le père de l'enfant a eu, à un moment donné,[1] des comportements plutôt violents.[2]**

D'après nos informatrices, séparées ou divorcées, ces comportements violents de la part du père de l'enfant s'adressaient rarement à l'enfant seulement (3,5%), mais le plus souvent (60,6%) à la mère (voir la figure 7.9) qui, la dernière fois que cela s'est produit,

---

1 Il s'agissait de "toute la période entourant la séparation" (Question 60A).

2 Selon nos données, 18,8% des hommes chefs de famille monoparentale affirment que la mère de l'enfant a eu de tels comportements violents envers eux ou leurs enfants (n=5).

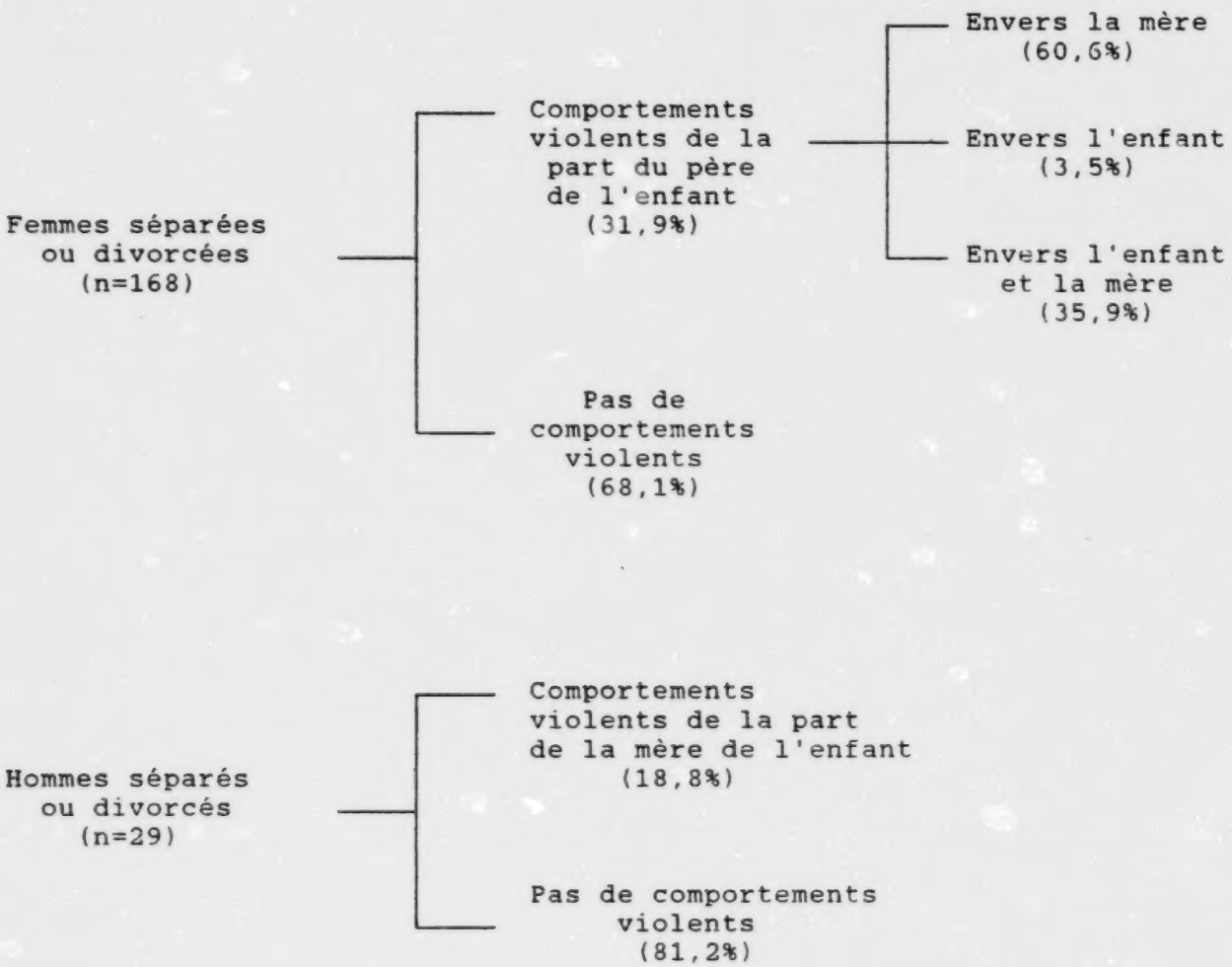
7.2 COMMENT ONT-ELLES REGLE LEURS AFFAIRES SUITE A L'EVENEMENT?

- a quitté la maison		31,2%
. a quitté la maison (sans précision)	20,8%	
. a trouvé refuge chez quelqu'un	8,3%	
. est allée en maison d'hébergement pour femmes violentées	2,1%	
- a appelé la police		27,1%
- a riposté violemment		6,3%
- est allée à l'hôpital		2,1%
- n'a rien fait		6,3%
- autre		27,0%.

7.2 COMMENT ONT-ELLES REGLE LEURS AFFAIRES SUITE A L'EVENEMENT?

FIGURE 7.9

Distribution des chefs de famille monoparentale selon qu'elles ont été ou non victimes de comportements violents de la part de l'ex-conjoint



7.3 COMMENT SE LOGENT-ELLES?

Le logement apparaît être un important indicateur de l'appauvrissement des familles monoparentales les plus démunies. Selon Statistique Canada (1984), 26% de toutes les mères seules dépensaient en 1981 plus de 35% de leur revenu pour se loger, 16,5% d'entre elles y affectant même plus de 50% de leur revenu. Par ailleurs, dans le quartier défavorisé du Centre-Sud de Montréal, 45,8% des femmes chefs de familles monoparentales devaient consacrer, en 1985, plus du tiers de leur revenu au logement et 38,4% d'entre elles jusqu'à 50% (Sirard et al., 1986).

Les données que nous avons recueillies ne permettent pas de faire de telles estimations, nous nous sommes plutôt arrêtés à d'autres préoccupations. Quel impact a eu la naissance d'un enfant ou la rupture d'une union sur la situation de logement des chefs de famille monoparentale que nous avons interrogées? Qu'en est-il actuellement de leur situation de logement? Et quelles sont leurs attentes en ce qui a trait aux HLM ou aux coopératives d'habitations?

D'après nos données, le fait de devenir chef de famille monoparentale entraîne souvent une détérioration de la situation du logement des personnes concernées. **Des chefs de famille monoparentale, 46,6% affirment avoir dû déménager à cause de l'événement,**[1] soit

- 54,8% des séparées ou divorcées
- 23,7% des veuves
- 38,2% des mères célibataires,

et, ce faisant, **une proportion importante de celles-là (32,9%) ont en quelque sorte "perdu" dans ce déménagement. En effet, la plupart des propriétaires qui ont dû déménager sont devenues locataires, tandis qu'aucune locataire n'est devenue propriétaire.** La figure 7.10 fait état de ces

---

1 Le tiers des chefs de famille monoparentale qui ont dû déménager à cause de l'événement (38,1%) ont reçu de l'aide pour nettoyer ou peinturer leur nouveau logement et cette aide leur a été fournie par la famille (53,7%), par les amis (27,8%), par l'ex-conjoint (7,4%) ou d'autres personnes (14,8%).

changements tout en illustrant en même temps une situation plus stable chez 53,4% de l'ensemble des chefs de famille monoparentale.[1]

Actuellement, au Québec, seulement un chef de famille monoparentale sur quatre (27,0%) se dit propriétaire[2], soit:

- 43,2% des hommes et 24,8% des femmes;
- 62,8% des veuves, 23,1% des séparées ou divorcés(es) et 6,8% des mères célibataires;
- 38,5% des **moins** démunies et 18,6% des **plus** démunies.

Parmi les locataires, il y en a seulement une sur dix (10,8%) qui habite un HLM et 16,1% de celles qui n'y habitent pas, ont déjà fait une demande en vue d'y habiter. Celles qui ont déjà fait une telle demande ont, pour la plupart (65,6%), été placées sur la liste d'attente, les autres étant en attente d'une réponse (10,6%) ou ayant été déjà refusées (24,0%).

Enfin, **peu de chefs de famille monoparentale (5,1%) habitent une coopérative d'habitations** et seulement 8,1% de celles qui n'y habitent pas ont fait une demande à cet effet.[3]

---

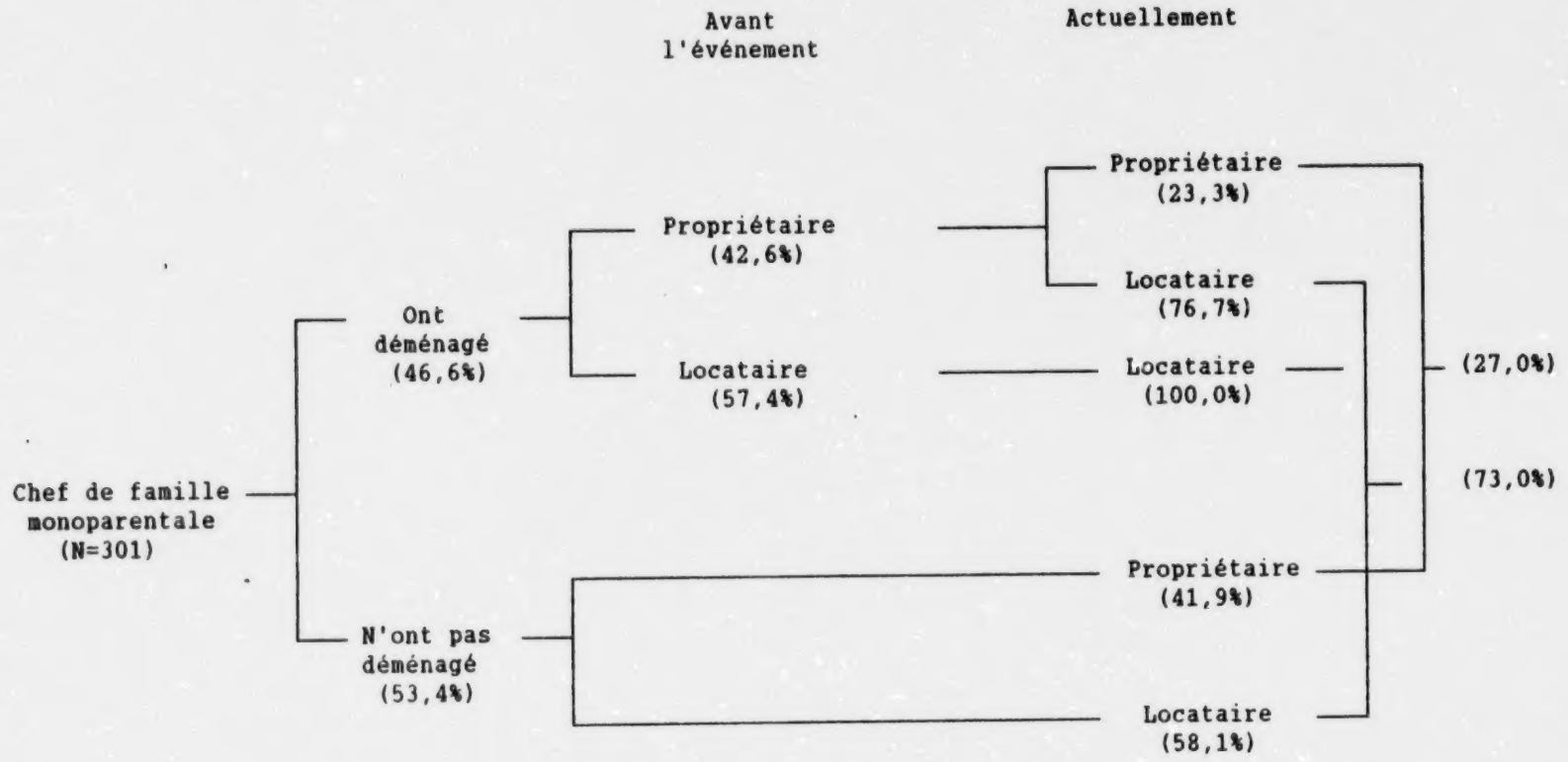
1 Selon Sirard et al. (1986), les chefs de famille monoparentale du Centre sud de Montréal sont locataires à 99%.

2 Le reste de la population est propriétaire dans une proportion de 60,4%.

3 Parmi celles qui ont déjà fait une telle demande, 44,4% ont été placées sur une liste d'attente, 22,9% attendent encore une réponse et 32,7% ont été refusées du fait qu'elles n'étaient pas éligibles.

FIGURE 7.10

Distribution des chefs de famille monoparentale
selon leur situation de logement



7.4 COMMENT GERENT-ELLES LEURS AFFAIRES?

L'adaptation de la personne concernée à la rupture devient importante dans la mesure où il y a déjà eu vie de couple ou un certain partage des tâches. Ainsi, qu'est-il advenu après la rupture de l'administration du budget lorsqu'il était auparavant la responsabilité partielle ou totale du conjoint?[1] De qui a-t-on reçu l'aide désirée? De qui en aurait-on souhaitée? Comment ont-elles résolu leurs problèmes financiers?

Peu de répondantes (7,7%) affirment avoir eu recours à de l'aide pour administrer leur budget l'année suivant l'événement.[2] Par contre, les femmes les plus démunies ont affirmé avoir eu plus recours à une telle aide que les moins démunies (10,8%/2,5%).

Cette aide, les personnes concernées l'ont obtenue principalement auprès d'un membre de la famille (65,7%), les autres ayant consulté un comptable (13,5%) ou quelqu'un d'autre (20,8%).

Le tiers des chefs de famille monoparentale qui n'ont reçu aucune aide pour gérer leur budget (34,3%) auraient souhaité en avoir (n=94). Ils auraient souhaité une telle aide

- d'un membre de la famille		22,3%[3]
- d'un groupe communautaire		23,4%
. association de familles monoparentales	17,7%	
. groupe d'entraide du quartier ou de la ville	10,6%	
- d'un service public		18,1%
. CLSC	12,8%	
. CSS	11,7%	

1 Selon 37,9% des répondantes, c'est le conjoint qui s'occupait de payer les comptes et de décider des dépenses de la famille avant la rupture. Par contre, 28,3% des répondantes affirment avoir assumé cette tâche seules et 32,6% avec le conjoint.

2 Aucun répondant de sexe masculin ne dit avoir eu recours à une telle aide.

3 Possibilité de plusieurs réponses.

7.4 COMMENT GERENT-ELLES LEURS AFFAIRES?

- d'un spécialiste des gestions financières		11,7%
. comptable	8,5%	
. gérant de banque ou de caisse populaire	3,2%	
. courtier de société de fiducie	1,1%	
- d'un ami ou voisin		9,6%
- autre		25,5%

L'emprunt d'argent est une solution souvent adaptée pour pallier aux problèmes financiers que vivent les chefs de famille monoparentale. En effet, **25,2% des chefs de famille monoparentale ont été obligées d'emprunter de l'argent, l'année suivant l'événement,**

- auprès d'une caisse populaire ou d'une banque	49,3%[1]
- auprès de leur père ou de leur mère	32,0%
- auprès de leur frère ou de leur soeur	9,3%
- auprès d'un ami	9,3%
- auprès d'un autre membre de la famille	5,3%
- auprès d'une compagnie de finance	1,3%
- autre	4,0%.

1 Possibilité de plusieurs réponses.

7.5 COMMENT PARTICIPENT-ELLES AU MARCHE DU TRAVAIL?

La participation des femmes au marché du travail a fait l'objet de nombreuses recherches qui ont fait ressortir à des degrés divers les difficultés auxquelles ces dernières sont confrontées: discrimination en emploi, concentration dans des ghettos d'emplois peu qualifiés et peu rémunérés, insuffisance des services de garde, etc. Au-delà de ces difficultés, rappelons que les chefs de famille monoparentale sont seules à gagner un revenu pour tâcher de subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs enfants.

Dans un tel contexte, nous avons voulu savoir ce qu'a fait la personne concernée suite à l'événement et aux responsabilités accrues (familiales ou financières). Est-elle demeurée au travail, si elle y était déjà? A-t-elle réintégré le marché du travail? Comment l'a-t-elle réintégré? Pourquoi a-t-elle cessé de travailler ou n'a-t-elle pas réintégré le marché du travail? Enfin, quel type d'emploi occupe-t-elle actuellement?

Au moment de l'événement, **la moitié de nos répondantes (49,7%) se consacraient aux soins de la maison, tandis que la plupart des autres avaient un emploi** (voir la figure 7.11).[1]

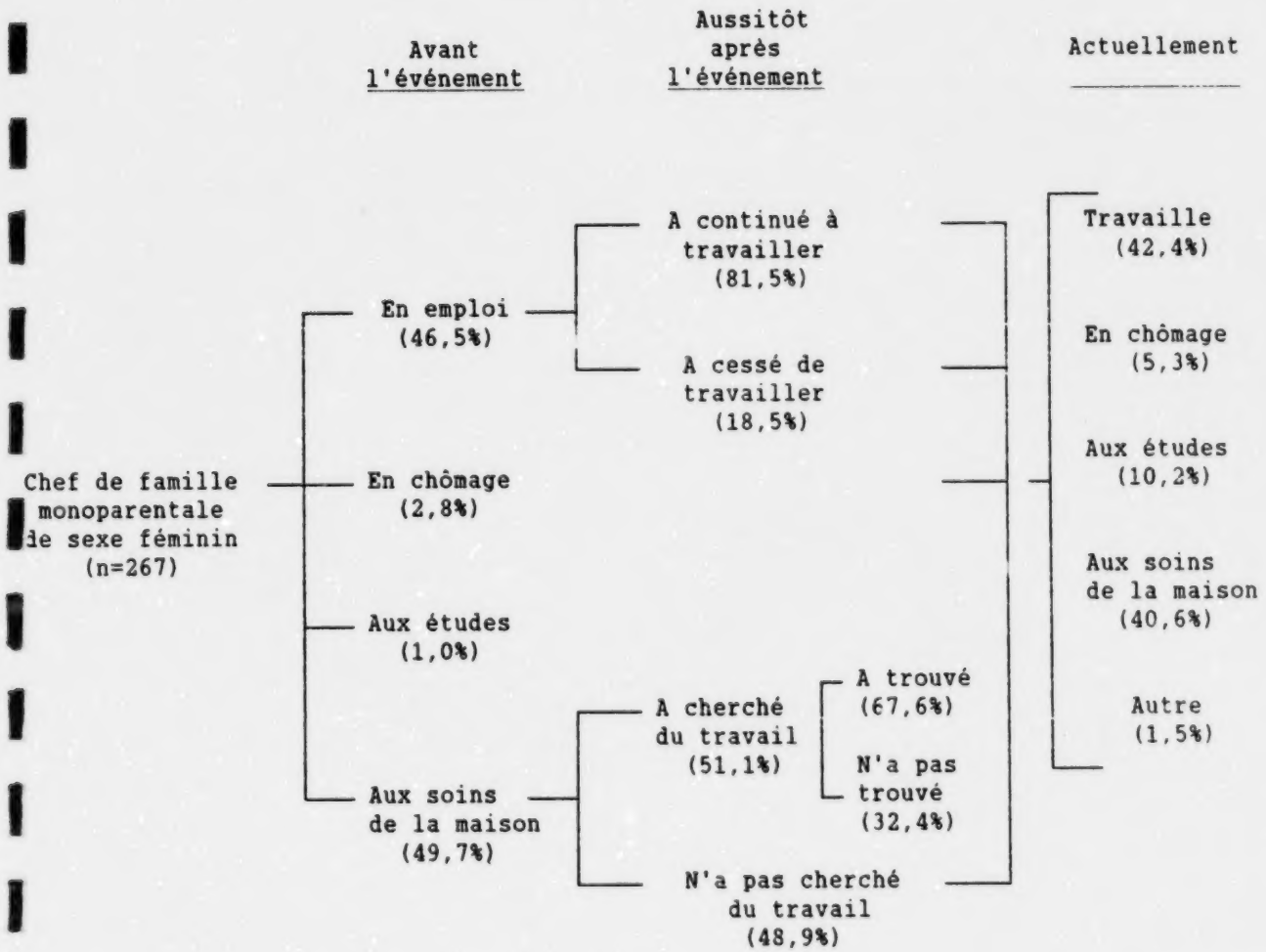
---

1 Selon ces mêmes données, 81,0% des chefs de famille monoparentale de sexe masculin avaient un emploi au moment de l'événement et 14,7% se consacraient aux soins de la maison.

7.5 COMMENT PARTICIPENT-ELLES AU MARCHE DU TRAVAIL?

FIGURE 7.11

Distribution des chefs de famille monoparentale de sexe féminin selon leur situation de travail



7.5 COMMENT PARTICIPENT-ELLES AU MARCHE DU TRAVAIL?

Après l'événement, 81,5% des répondantes qui travaillaient ont continué à travailler et 72,7% de ces dernières ont conservé le même emploi.[1] Quant aux personnes qui ont cessé de travailler, elles ont agi ainsi principalement pour pouvoir mieux s'occuper de leur enfant (64,1%).

Après l'événement, un peu moins de la moitié (48,9%) des personnes qui se consacraient aux soins de la maison ont choisi de ne pas aller sur le marché du travail

- pour pouvoir s'occuper des enfants	88,1%
- pour retourner aux études	4,7%
- parce qu'elles n'avaient pas la formation nécessaire	3,9%
- autre	3,3%

et **13,6%, qu'elles aient ou non cherché du travail,**[2] **sont retournées aux études.**

Les chefs de famille monoparentale qui ont actuellement un emploi, travaillent

	A temps plein (n=79)	A temps partiel[3] (n=35)
- comme administratrice	11,7%	-----
- comme professionnelle	23,9%	35,6%
- comme empoyée de bureau	36,8%	15,6%
- comme empoyée dans la vente	6,8%	5,3%
- comme employée des services	14,0%	39,2%
- comme ouvrière dans la transformation et la fabrication	4,0%	0,8%
- autre	2,8%.	3,7%.

---

1 Pourquoi a-t-on changé d'emploi? Entre autres, c'est dans le but d'augmenter ses revenus (39,1%); c'est à cause d'une perte d'emploi (26,1%); c'est en raison d'une incapacité de concilier responsabilités familiales et travail (21,7%).

2 Actuellement, 53,1% des chefs de famille monoparentale du sexe masculin ont un emploi, 9,4% sont en chômage, 6,3% sont aux études, 18,8% se consacrent aux soins de la maison et 12,5% ne précisent pas leur occupation actuelle.

3 Selon nos données, 18,6% des chefs de famille monoparentale de sexe masculin et 30,5% de ceux de sexe féminin travaillent à temps partiel.

7.6 COMMENT REUSSISSENT-ELLES A PRENDRE SOIN DES ENFANTS?

Les responsabilités des chefs de famille monoparentale sont très lourdes. Les chefs de famille monoparentale sont seules pour assurer les soins, l'entretien, l'éducation et la garde des enfants et, de ce fait, elles doivent redoubler d'ingéniosité, de débrouillardise et d'organistion. De façon générale, peuvent-elles avoir de l'aide pour s'occuper de leurs enfants, quand elles en ont besoin? Disposent-elles de moyens appropriés et suffisants pour assurer des services de garde de qualité correspondant à la fois aux réalités spécifiques de chacune (travail, études, etc.) et aux besoins de l'enfant? Enfin, comment peuvent-elles résoudre les problèmes qu'ont eu à vivre les enfants suite à l'événement?

De façon générale, **plus du tiers des chefs de famille monoparentale (36,7%) ont affirmé avoir reçu de l'aide pour s'occuper de leur enfant.** Cette aide leur est venue

- d'un membre de la famille	65,5%[1]
- d'amis	23,6%
- du père (ou de la mère) de l'enfant	21,8%
- d'associations ("Grands frères, grandes soeurs")	-----
- autre	0,9%.

Le tiers des chefs de famille monoparentale (31,5%) n'ont pas besoin de services de garde, leur(s) enfant(s) étant assez âgé(s) pour s'occuper de lui-même (d'eux-mêmes). Par contre, 21,0% affirment qu'il leur arrive de mettre leur enfant en garderie, d'utiliser le service de garde scolaire ou de le faire garder et 15,9% agissent ainsi pour pouvoir aller travailler, se chercher du travail ou étudier. Dans ce cas, ils font garder leur enfant

- dans une garderie	31,2%[2]
- à la maison	25,0%
- chez un(e) voisin(e) ou un(e) ami(e)	18,8%
- chez un membre de la famille	14,6%
- chez une gardienne	8,3%
- dans un service de garde scolaire	8,3%
- chez son père (sa mère)	4,2%.

---

1 Possibilité de plusieurs réponses.

2 Possibilité de plusieurs réponses.

7.6 COMMENT REUSSISSENT-ELLES A PRENDRE SOIN DES ENFANTS?

Selon 30,5% des répondants, leurs enfants ont eu des problèmes de santé, des problèmes psychologiques ou de comportements depuis ladite séparation, mais selon seulement 10%, ces problèmes auraient été causés par la séparation. Ces enfants auraient eu à cause de l'événement

- des problèmes psychologiques ou de comportement 6,3%
- des problèmes de santé et des problèmes psychologiques ou de comportement 3,4%
- des problèmes de santé 0,3%.

Pour ces problèmes (causés par la séparation), les chefs de famille monoparentale concernées sont allées voir un médecin (52,0%), quelqu'un de l'école ou de la commission scolaire (47,8%), un psychologue (44,5%), un travailleur social (21,7%) ou quelqu'un de la Direction de la protection de la jeunesse (8,7%).

Dans un tel contexte, que le problème ait été causé ou non par l'événement, 41,5% des personnes concernées affirment avoir reçu de l'aide

- d'un membre de la famille 52,9%[1]
- du père (de la mère) de l'enfant 26,5%
- d'un(e) ami(e) ou d'un(e) voisin(e) 26.5%
- d'un prêtre ou d'une religieuse 2,9%
- d'une maison de jeune 2,9%.

Parmi celles qui n'ont pu profiter d'une telle aide, 58,3% en auraient souhaité

- de la part du père (mère) de l'enfant 25,0%[2]
- d'un membre de la famille 21,4%
- d'un(e) ami(e) ou d'un(e) voisin(e) 14,3%
- d'un prêtre ou d'une religieuse 10,7%
- d'une maison de parents 10,7%
- d'un groupe du quartier ou de la ville 7,1%
- autre 14,3%.

---

1 Possibilité de plusieurs réponses.

2 Possibilité de plusieurs réponses.

7.7 QUELLE VIE PERSONNELLE ONT-ELLES?

Comme nous venons de le voir, la vie de chef de famille monoparentale est difficile à bien des égards: au plan économique, au plan psycho-social, au plan financier, etc. Mais qu'en est-il au plan personnel? Quel impact l'événement a-t-il eu sur le chef de famille monoparentale? Entrevoit-elle une nouvelle vie de couple? Selon les données recueillies, 46,4% des répondantes ont eu personnellement des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques depuis l'événement (naissance de l'enfant ou rupture), mais selon seulement 16,0% de celles-ci, ces problèmes auraient été causés par l'événement. En effet, ces personnes affirment avoir eu, **à cause de l'événement**,

- des problèmes de santé	1,0%
- des problèmes psychologiques	7,0%
- des problèmes de santé et des problèmes psychologiques	8,0%.

Pour ces problèmes liés à l'événement, elles sont allées voir un médecin (74,7%), un psychologue (50,9%), un travailleur social (14,6%) ou quelqu'un d'une association d'hommes ou de femmes (2,7%).

Selon 23,5% des personnes qui ont eu des problèmes causés ou non par l'événement, l'aide reçue provenait

- d'un membre de la famille	81,4%[1]
- d'un ami ou un voisin	47,1%
- d'un prêtre ou d'une religieuse	14,3%
- du père de l'enfant	5,7%
- d'un groupe du quartier ou de la ville	1,4%
- d'une maison de parents	---
- autre	2,8%.

---

1 Possibilité de plusieurs réponses.

7.7 QUELLE VIE PERSONNELLE ONT-ELLES?

Parmi ceux qui n'ont pu profiter d'une telle aide et qui en auraient eu besoin, 37,0% affirment avoir souhaité de l'aide

professionnelle	29,2%
d'un membre de la famille	29,2%
d'un ami ou d'un voisin	29,2%
d'une association de familles monoparentales	16,7%
d'un groupe du quartier ou de la ville	12,5%
du père de l'enfant	8,3%
d'un prêtre ou d'une religieuse	4,2%
autre	8,3%.

Selon ces mêmes données, **46,9% des chefs de famille monoparentale interrogées n'ont pu prendre des vacances à l'extérieur de la maison depuis l'événement et 57,7% de celles qui en ont prises affirment ne pas en avoir prises à tous les ans.**[1] Ces vacances ont été prises

- sans leur(s) enfant(s)	17,3%
- avec leur(s) enfant(s)	25,6%
- avec et sans leur(s) enfants(s)	57,1%.[2]

Les vacances en compagnie de leur enfant ont duré en moyenne 1,8 semaine et les dernières ont coûté en moyenne 770 $.

Celles qui n'ont pu prendre de vacances (seule ou avec leur enfant), expliquent cette situation

- par manque d'argent	75,3%[3]
- par incapacité de prendre des vacances seule	10,8%
- par manque d'endroit où aller	7,2%
- par manque de vacances payées	1,2%
- autrement	15,7%

---

1 Seulement 43,3% des plus démunies ont pu prendre des vacances à l'extérieur de la maison, comparativement à 66,9% des autres (les moins démunies).

2 Les vacances prises avec l'enfant sont généralement passées chez des parents ou des amis (62,0%). Les autres sont allés dans un chalet (29,5%) ou dans un camp de vacances familial (8,5%).

3 Possibilité de plusieurs réponses.

7.7 QUELLE VIE PERSONNELLE ONT-ELLES?

Plus du tiers des chefs de famille monoparentale (37,4%) n'ont actuellement aucun contact avec leur belle-famille[1] (beaux-parents, beaux-frères, belles-soeurs), alors que le quart d'entre elles (28,7%) affirment avoir des contacts aussi souvent et même plus souvent qu'avant.

Quant aux contacts avec leur propre famille, ils sont soit plus fréquents (24,2%), soit aussi fréquents (59,1%). Peu (1,7%) affirment n'avoir aucun contact avec elle.

Enfin,33,9% des chefs de famille monoparentale affirment avoir eu, depuis l'événement, une relation sérieuse avec quelqu'un et 19,3% aimeraient en avoir une. La majorité des chefs de famille monoparentale (84,4%) trouvent difficile de rencontrer quelqu'un avec qui elles pourraient avoir une relation sérieuse. Mentionnons que 31,6% des chefs de famille monoparentale auraient actuellement le goût de vivre avec quelqu'un.

---

1 "Belle-famille" est entendu au sens étendu de famille de l'ex-conjoint.

7.8 QUELLE AIDE ONT-ELLES RECUE?

Compte tenu de toutes les difficultés vécues par les chefs de famille monoparentale, quel support obtiennent-elles des personnes qui sont dans la même situation? De qui ont-elle reçu de l'aide? Qui les a accompagnées dans leurs démarches pour défendre leurs droits?

Plus de la moitié des chefs de famille monoparentale (54,7%) affirment avoir des relations amicales avec des femmes ou des hommes qui élèvent leur enfant seul(e). Parmi celles-ci, 65,9% ont reçu de ces personnes de l'aide ou du support, soit

- du soutien moral	:	95,4%[1]
- de l'aide pour s'occuper des enfants	:	24,5%
- de l'aide matérielle	:	8,2%
- de l'aide pour les travaux ménagers	:	5,5%
- de l'aide financière	:	4,5%.

De façon générale, les chefs de famille monoparentale reçoivent de l'aide de leur entourage (67,6%) en particulier les plus démunies (72,2%) qui affirment en recevoir en plus grand nombre que les autres (59,7%). Par contre, seulement 13,2% des chefs de famille monoparentale ont reçu de l'aide de groupes communautaires[2] et 10,4% auraient souhaité en recevoir et ce, qu'elles soient parmi les plus ou les moins démunies.

Enfin, une personne sur cinq (18,0%) qui a eu à défendre ses droits au bureau de l'aide sociale, à l'assurance-chômage ou ailleurs, était accompagnée, lors de ces démarches

- par un membre de la famille	:	16,7%[3]
- par un ami	:	7,7%
- par quelqu'un d'un groupe	:	7,7%
- par une travailleuse sociale	:	5,6%

tandis que 27,4% des autres auraient souhaité de l'aide d'un membre de la famille (3/10), d'une travailleuse sociale (3/10), d'un ami (1/10) ou d'autres (3/10).

---

1 Possibilité de plusieurs réponses.

2 Il s'agit de l'aide qu'elles ont reçu depuis l'événement et non seulement au cours de l'année dernière (voir la section 7.9.15).

3 Possibilité de plusieurs réponses.

7.9 CONSOMMATION DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

7.9.1 Consommation générale

Les chefs de famille monoparentale ne se distinguent pas de la population en général quant à leur utilisation des services de santé. Elles sont 76,7% à être prévalues l'an dernier, d'une consultation médicale ou paramédicale dans un cabinet privé, dans un établissement du réseau ou à domicile.

Par contre, il est intéressant de souligner que **les plus démunies des chefs de famille monoparentale ont fait une plus grande consommation des services de santé que les moins démunies.** En effet, 79,8% des plus démunies affirment avoir utilisé les services de santé au cours de la dernière année, alors que seulement 71,3% des moins démunies se disent avoir été dans une telle situation (voir le tableau 7.4).

Quant à l'utilisation des services sociaux (dispensés par un travailleur social dans un CSS ou ailleurs), elle est nettement supérieure chez les chefs de famille monoparentale. Elles sont 8,8% à déclarer s'en être prévalues l'an dernier contre seulement 2,7% de la population en général (voir tableau 7.4). Notons que cette prévalence est encore plus forte chez les plus démunies qui ont eu recours aux services sociaux dans une proportion de 11,7%, les moins démunies ayant à toutes fins pratiques un comportement à peu près similaire à celui de la population en général (4,1%).

TABLEAU 7.4

Consommation de services de santé et de services sociaux (%)

Consommation	Chefs de famille monoparentale			Population en général
	Les plus démunies	Les moins démunies	Total	
Services de santé	79,8%* (190)[1]	71,3% (109)	76,7% (299)	71,9% (2114)
Services sociaux	11,7% (190)	4,1% (109)	8,8% (299)	2,7% (2114)

[1] Base sur laquelle le pourcentage a été calculé.

7.9 CONSOMMATION DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

7.9.2 Consultation dans les établissements du réseau

Selon nos données, les chefs de famille monoparentale n'ont pas tendance à fréquenter plus les CLSC que les autres répondants (22,2%/19,0%). Par contre, si elles sont plus démunies, la situation est différente: 26,5% de celles-ci sont allées dans un CLSC au cours de la dernière année, les moins démunies n'y étant allées que dans une proportion de 15,2%. Quant à la fréquentation d'une urgence ou d'une clinique d'hôpital, elle est plus élevée (respectivement 44,0% et 41,8%) chez les chefs de famille monoparentale que dans la population en général (respectivement 33,1% et 31,3%), mais cette pratique de consommation ne varie pas selon leur niveau de revenu.

Enfin, 6,3% des chefs de famille monoparentale sont allées dans un CSS au cours de la dernière année: 8,6% des plus démunies et 2,2% des autres.

7.9.3 Consultation auprès des praticiens du réseau

Les chefs de famille monoparentale ont consulté les différents praticiens du réseau dans à peu près les mêmes proportions que la population en général

- omnipraticien	:	29,5%
- médecin spécialiste	:	17,3%
- travailleur social	:	3,2%
- physiothérapeute	:	2,6%

et ce, quel que soit leur situation financière.

7.9.4 Plaintes portées pour des services de santé ou des services sociaux

Les chefs de famille monoparentale ont plus tendance que le reste de la population à porter plainte pour des services de santé et des services sociaux (11,1%/5,2%) et, dans ce cas, leur situation financière n'a pas pour effet de modifier ce comportement général.

7.9 CONSOMMATION DE SERVICES DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX

7.9.5 Appel aux groupes communautaires

De façon générale, les chefs de famille monoparentale ont, au cours de l'année dernière, fait appel aux groupes communautaires ou groupes bénévoles dans les mêmes proportions que la population en général (5,9%/5,8%).

7.10 OPINIONS SUR LE SYSTEME DE SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

7.10.1 Qualité du système

Les chefs de famille monoparentale sont en général moins satisfaites que le reste de la population québécoise du système de santé que nous avons au Québec (70,9%/79,9%) et cette opinion est partagée par l'ensemble de ces personnes, quelle que soit leur situation financière.

7.10.2 Besoins de certains groupes cibles

Il est intéressant de souligner que, relativement aux besoins des jeunes adultes de 18-30 ans et à ceux des handicapés, les chefs de famille monoparentale se montrent plus exigeantes que le reste de la population. Elles sont plus nombreuses à se dire en désaccord avec l'opinion que notre "système de santé répond très bien aux besoins des handicapés" (41,5%/ 33,6%).

Les chefs de famille monoparentale favorisent aussi le fait que le gouvernement donne "de l'argent aux personnes qui gardent chez elles un parent âgé" et en cela, elles se distinguent encore du reste de la population (84,9%/75,4%).

Comme nous l'avons déjà vu (section 4.3.2), **les chefs de famille monoparentale se montrent majoritairement en désaccord avec l'opinion que "le gouvernement aide suffisamment les chefs de famille monoparentale". Elles sont 77,9% à penser ainsi, comparativement à 53,1% du reste de la population.**

Relativement à l'affirmation "Pour les Québecois qui n'ont pas d'argent, il est très difficile d'obtenir tous les traitements nécessaires pour guérir", les chefs de famille monoparentale se distinguent encore. Elles sont 61,1% à se dire d'accord avec cette opinion, comparativement à 47,7% du reste de la population.

7.10.3 Participation individuelle aux coûts du système

Les chefs de famille monoparentale sont plus réticentes que le reste de la population en ce qui a trait à une participation directe du patient aux coûts des services reçus d'un médecin. Ainsi, alors que 38,3% de la population générale

affirme que "le patient devrait payer directement une partie du coût des services quand il va chez le médecin", seulement 26,2% des chefs de famille monoparentale sont d'accord (22,1% des plus démunies et 31,9% des autres). Leur opinion est comparable quant à la participation aux coûts des services à l'urgence ou d'hospitalisation.

CHAPITRE VIII

CONCLUSION

8.1.1 PROBLEMES SANITAIRES

En conclusion de ce rapport, nous tenterons de répondre aux questions à l'origine de nos travaux et nous identifierons à partir des résultats de l'enquête des jalons qui nous semblent utiles pour élaborer des scénarios concernant le futur du système de santé et des services sociaux.

8.1 QUELLES SOLUTIONS APPORTENT LES QUEBECOIS A LEURS PROBLEMES SOCIAUX ET DE SANTE?

Les réponses aux questions soulevées (voir la section 2.3) varient selon la nature du problème examiné; aussi considérerons-nous tour à tour les problèmes de type sanitaire, socio-sanitaire et social en prenant comme point d'ancrage chacune des situations cibles examinées et en considérant les réponses de la population générale et des sous-populations aux autres questions lorsqu'elles s'avèrent pertinentes.

8.1.1 Problèmes sanitaires

(1) Comment, en 1987, les Québécois tentent-ils de régler leurs problèmes sociaux et de santé?

Nous répondrons à cette première question en abordant les sous-questions qu'elle implique (identifiées 1 A, B, C à la section 2.3).

(1A) Quelles sont les solutions institutionnelles, privées, familiales ou communautaires adoptées?

Les **ressources du secteur public** apparaissent d'emblée les plus primordiales pour apporter des solutions aux problèmes sanitaires. En effet, la population québécoise a recouru dans une proportion de 70%[1] aux services de santé publics l'an dernier. L'urgence de centre hospitalier a été visitée par 34% des Québécois (pour eux-mêmes ou leurs enfants); alors que 19% ont fréquenté un CLSC (pour eux-mêmes ou leurs enfants). L'omnipraticien et le médecin spécialiste sont les professionnels du réseau les plus consultés (par rapport aux physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières, travailleurs sociaux, ...). Ils apparaissent comme des ressources clés,

---

1 Dans cette conclusion, les pourcentages sont arrondis. Les taux exacts se retrouvent dans les chapitres appropriés.

même pour des problèmes pour lesquels ils ne sont pas toujours les mieux placés ou les plus expérimentés pour intervenir: le traitement de l'obésité, de la dépression, de l'alcoolisme. Les professionnels de la santé sont consultés presque exclusivement à l'hôpital, en cabinet privé ou au CLSC; les visites à domicile sont effectivement très marginales: 3,4% ont bénéficié de visites médicales et 2,5% de soins infirmiers à domicile.

La population atteinte de mal de dos chronique recourt encore plus que la population générale aux ressources sanitaires du réseau, que ce soit pour leur problème de dos ou autre. Ils sont nombreux à avoir vu un physiothérapeute (22%), ce qui n'est pas le cas de la population générale.

La population générale et celle atteinte de mal de dos recourent aux thérapeutes pratiquant des **médecines douces** dans des proportions respectives de 14% et de 44%. Si l'on fait exception de la chiropratique et de l'acupuncture, les pratiques alternatives semblent relativement marginales; elles apparaissent à tout le moins très fragmentées. Ces taux de recours prennent cependant un sens particulier si l'on considère que les praticiens alternatifs sont généralement des non-médecins que les patients doivent payer eux-mêmes, souvent pour de longues périodes.

De façon générale, les Québécois font des efforts importants pour maintenir de saines **habitudes de vie** et la population atteinte de mal de dos chronique fait encore plus d'efforts en ce sens. Cela témoigne, dans une certaine mesure, de l'impact des campagnes de prévention et d'un changement de valeurs par rapport à la "bonne" santé.

Il est difficile de déterminer, dans les limites du questionnaire, la proportion de l'**aide psychologique** (reçue par 8% des Québécois) provenant du secteur public et du secteur privé. Puisque la majorité de l'aide a été sollicitée auprès des psychologues (qui sont peu nombreux dans le réseau à dispenser des services thérapeutiques), il est probable que cette aide vienne surtout du milieu privé. Par contre, le corps médical fournit un soutien psychologique important, impossible à mesurer dans le cadre de l'enquête.

(1B) Pourquoi et dans quelles circonstances opte-t-on pour une solution en particulier ou un type de solution?

Trois niveaux de facteurs peuvent expliquer pourquoi les Québécois optent pour telle ou telle solution pour résoudre leurs problèmes sanitaires: l'**accessibilité** des services, la

satisfaction éprouvée et l'**intérêt pour des options thérapeutiques différentes ou complémentaires.**

L'accessibilité explique tout d'abord le recours aux services institutionnels. L'accessibilité n'est pas seulement le fait de la gratuité; cette dernière acquise, le Québécois privilégiera les ressources qu'il peut identifier rapidement et desquelles il croit pouvoir obtenir une réponse. Cela explique que le médecin, l'urgence et le CLSC soient les ressources les plus sollicitées. L'accessibilité explique aussi le recours important aux groupes communautaires pour les problèmes d'alcool (les A.A.) et au secteur privé pour les problèmes d'obésité (les "Weight Watchers", par exemple).

La satisfaction explique sans doute une part importante du recours aux services du réseau: 80% des Québécois considèrent qu'il s'agit d'un des meilleurs systèmes de santé au monde.

Enfin, l'intérêt pour des options thérapeutiques différentes ou complémentaires aux services dispensés explique le recours aux médecines douces, soit parce que la médecine classique a échoué, soit parce que l'on veut éviter les médicaments. Le non-recours à ces pratiques pourrait s'expliquer partiellement par la crainte d'intervenants non qualifiés ("la peur des charlatans") et par les dépenses encourues.

Il importe de souligner que parmi la population atteinte de mal de dos, chez ceux qui consultent un intervenant dans un cadre médical ou paramédical, on retrouve plus de patients dont le degré de gravité est élevé. Par contre, chez les répondants consultant les chiropraticiens et les "autres praticiens alternatifs", un nombre comparable de cas peu graves et plus graves est observé. Ceci concourt à faire croire que les médecines douces sont davantage complémentaires qu'alternatives.

(1C) Adopte-t-on plusieurs solutions de façon simultanée?; selon un pattern particulier?

L'examen des combinaisons de solutions essayées par la population atteinte de mal de dos chronique montre l'**omniprésence du médecin** et l'importance du **rôle du chiropraticien.** En effet, les combinaisons de solutions les plus fréquentes sont: l'omnipraticien seul (16,6%), le chiropraticien seul (15,4%), le spécialiste seul (17,1%), l'omnipraticien couplé avec le chiropraticien (7,8%) et l'omnipraticien couplé avec le spécialiste (6,0%). Exception faite du chiropraticien, peu d'individus consultent uniquement un praticien de médecines douces (un autre argument à la complémentarité de

ces pratiques). Les sujets dont les conséquences de leur mal de dos sont plus graves ont essayé un plus grand nombre de solutions, mais très peu ont recouru à plus de deux types d'intervenants (le trio omnipraticien-spécialiste-physiothérapeute, filière médicale classique, tenté par 4,2% de la population atteinte, est l'exception la plus importante).

Quelques **patterns dans la consommation** de services méritent d'être soulignés. Le physiothérapeute est fortement associé à l'omnipraticien et au spécialiste, alors que parmi ceux qui ne consultent pas de médecin, se trouvent davantage de patients de praticiens alternatifs. Chez ceux qui n'ont pas consulté d'omnipraticien ou de thérapeute alternatif, on retrouve plus de sujets pratiquant des comportements d'autosanté. Des mécanismes compensatoires semblent ici s'installer.

Notons, enfin, que pendant la période de consultation en médecines douces, peu de sujets consultent un médecin.

(1D) Comment les différents milieux apportent-ils des réponses aux problèmes?

D'après la population atteinte de mal de dos, les pratiques alternatives sont les plus satisfaisantes en raison du caractère complet de l'investigation (examen physique, explication des traitements, du problème, améliorations un mois après, meilleur soulagement). Même s'ils se disent moins satisfaits des médecins, si c'était à refaire, les sujets seraient tout autant disposés à retourner voir ces derniers que les praticiens de médecines douces. De plus, le spécialiste et le physiothérapeute seraient les intervenants les plus recommandés à un ami. Devant ces résultats, il est possible de faire l'hypothèse que les patients souffrant de mal de dos chronique ont fortement confiance dans la fiabilité du diagnostic médical, tout en accordant une grande valeur au soulagement obtenu des pratiques alternatives et au type d'interaction vécue avec ce dernier.

(2) Quels facteurs peuvent expliquer le recours aux solutions privilégiées?

L'analyse des comportements de la population générale montre que quelques variables socio-démographiques sont reliées au recours à diverses solutions. La **fréquentation des CLSC** est plus fréquente parmi les individus de 25-44 ans, alors que

ceux dont le revenu du ménage est de 60 000 $ et plus y recourent très peu.

L'**aide psychologique** est utilisée autant par les francophones que les anglophones, mais beaucoup moins par les allophones. Les taux de recours sont par ailleurs comparables à Québec et à Montréal, mais sont beaucoup moindres dans le reste du Québec. Des raisons culturelles et d'accessibilité géographique expliquent probablement ces différences.

Le **recours aux médecines douces** est également différent selon les groupes linguistiques: 15% chez les francophones, 9% chez les anglophones et 5% chez les allophones. Il est de 15% chez les Québécois d'origine et de 5% chez les néo-Québécois.

En plus de ces différences socio-démographiques, rappelons que les usagers des médecines douces font personnellement plus d'efforts que les autres **pour maintenir de bonnes habitudes de vie**. Leur état de santé perçu n'est cependant pas différent de celui des autres.

(3) <u>De quelle façon les comportements de recours ont-ils évolué depuis 1970?</u>

La comparaison de nos données avec la recension des sondages et enquêtes antérieurs permet de faire quelques observations sur l'évolution des comportements de recours depuis 1970.

Au plan personnel, d'abord, notons que les Québécois, et particulièrement les femmes, font plusieurs efforts pour maintenir de bonnes **habitudes de vie**. En 1979, des progrès étaient observés au plan alimentaire; en 1987, 70% des Québécois disent faire des efforts en ce domaine. Comme en 1979, les femmes font toujours ici plus d'efforts que les hommes.

La consommation de tabac semble à la baisse: en 1978-79, elle était de 47,3% pour le Québec, en 1985, de 46% à Montréal et, selon d'autres statistiques de 1985, de 30% de fumeurs réguliers et de 4% de fumeurs occasionnels au Canada. Le taux obtenu dans notre enquête est de 37%. Au-delà de l'évolution des comportements, des variations dans les modes de calcul peuvent expliquer certaines différences observées.

Tout comme en 1980, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à recourir à l'**aide psychologique**. La proportion d'hommes utilisant ces services dans notre échantillon est plus élevée que celle retrouvée dans l'échantillon de l'étude

de 1980, mais la différence pourrait s'expliquer par les nuances entre les questions posées.

Aucune donnée antérieure sur le **recours aux médecines douces** n'est disponible pour le Québec; il est donc impossible d'en saisir l'évolution à ce stade.

8.1.2 Problèmes socio-sanitaires

Nous avons voulu savoir également comment les Québécois se débrouillent pour faire face à des problèmes de nature à la fois sociale et sanitaire. Notre analyse repose essentiellement sur les données recueillies auprès des individus s'occupant de leurs parents âgés, ainsi que sur quelques données du sondage général.

(1) Comment, en 1987, les Québécois tentent-ils de régler leurs problèmes sociaux et de santé?

(1A) Quelles sont les solutions institutionnelles, privées, familiales ou communautaires adoptées?

Parmi les Québécois, 4,6% aident un parent âgé en perte ou en manque d'autonomie: 2,7% apportent leur aide à une personne vivant à domicile, alors que 1,9% aident un parent vivant en institution.

L'implication immédiate des aidants est beaucoup plus importante dans le cas des personnes vivant à domicile. Lorsque ces dernières ne peuvent suffire à leurs **besoins essentiels** (repas, travaux ménagers légers, hygiène, soins infirmiers), l'aide provient de son milieu naturel: dans 61% des cas du répondant ou de son conjoint et dans 41% des cas de sa famille. L'implication du CLSC, des groupes communautaires, des voisins et amis et du secteur privé est infime. La situation est semblable pour les **besoins complémentaires**. Lorsque les parents âgés ont besoin d'aide à cet égard, dans 57% des cas l'aide provient du répondant et de son conjoint, alors qu'elle est également donnée par la famille dans 55% des cas. Le rôle des amis et voisins est extrêmement réduit encore ici, alors que le CLSC et les groupes communautaires ne sont aucunement impliqués. Le répondant et la famille accomplissent dans 67% des cas les travaux lourds des parents ne pouvant plus les assumer. L'aide du CLSC est ici mentionnée dans 3% des cas, alors que dans 7% des cas l'aide provient du secteur privé.

Si pour les personnes âgées vivant à domicile l'aide provient essentiellement de leur famille, l'inverse est vrai pour les personnes vivant en institution. Les répondants et leurs conjoints, de même que leur famille, jouent un rôle au niveau des besoins essentiels auprès des parents institutionnalisés, mais leur implication est faible et ils s'occupent plutôt des tâches d'assistance ou d'accompagnement ou de ses affaires

financières. De façon générale, en milieu institutionnel, les besoins des parents âgés sont massivement pris en charge par le personnel, avec peu ou pas d'implication de la famille.

Les groupes communautaires sont très rarement cités comme sources d'aide. Toutefois, ils **jouent un rôle capital**, dans le cas du problème socio-sanitaire qu'est l'**alcoolisme**. En effet, 63% de la population indique qu'elle y ferait appel advenant un problème d'alcool personnel ou dans la famille, alors que 14% mentionnent le médecin dans ce cas. Ce résultat est éloquent: près de 60% de la population a entendu parler de l'action d'un groupe communautaire dans son quartier, mais moins de 6% affirme y avoir eu recours l'an dernier. Pourtant, la population aurait tendance à utiliser ces services pour un problème approprié.

(1B) Pourquoi et dans quelles circonstances opte-t-on pour une solution en particulier ou un type de solution?

Les ressources d'hébergement public pour les personnes âgées étaient saturées à 98% en 1984-85. Par ailleurs, les ressources de maintien à domicile sont insuffisantes pour répondre aux besoins des personnes âgées déjà identifiées comme en ayant besoin (Fédération des CLSC du Québec, 1986). Enfin, le milieu communautaire apparaît comme une ressource très limitée auprès des personnes âgées en perte ou en manque d'autonomie. Il ne reste plus que les familles qui peuvent apporter leur aide aux parents âgés, qui par ailleurs ne semblent pas recourir au secteur privé pour les assister. Comment dans ce contexte parler d'options, de choix possibles entre diverses solutions? Dans les situations extrêmes, les personnes âgées finissent par trouver une place en centre hospitalier ou en centre d'accueil; mais à ce stade d'évolution, il n'est plus question de parler de choix. Pourtant, une part importante (31%) des aidants de parents âgés à domicile souhaiteraient que ces derniers continuent de vivre là où ils sont actuellement si leur état de santé devait se détériorer.

Les seules ressources véritables pour les personnes âgées sont l'hébergement pris en charge par le réseau (en centre d'accueil, en centre hospitalier ou éventuellement en famille d'accueil) et la famille. Le point de rupture entre les solutions familiales et les solutions institutionnelles est essentiellement l'**état de santé du parent âgé**. Lors des entrevues de prétest, quelques répondants nous ont raconté

leur version des anecdotes bien connues selon lesquelles c'est à bout de bras, essoufflés et malades qu'ils ont dû faire intervenir Urgence-Santé ou passer par une urgence de centre hospitalier dans des conditions souvent pénibles pour faire entrer leur parent âgé en institution.

(1C) Adopte-t-on plusieurs solutions de façon simultanée?; selon un pattern particulier?

Lorsque la personne âgée vit à domicile, l'aide provient presque entièrement de son milieu familial, à l'exclusion principalement d'éventuelles visites médicales ou infirmières à la maison. Quelques personnes âgées peuvent défrayer des services privés pour exécuter certains travaux lourds dans leur domicile.

La prise en charge d'un parent âgé **repose donc essentiellement sur un type de ressources**: la famille, s'il s'agit d'une personne à domicile, ou le milieu professionnel, dans le cas d'un parent institutionnalisé. En principe, les ressources de maintien à domicile devraient permettre la présence de plusieurs intervenants, de divers types de solutions; en pratique, cette coexistence n'a pas été décelée auprès des personnes âgées aidées par leur famille.

(1D) Comment les différents milieux apportent-ils des réponses aux problèmes?

Rappelons que lorsque la personne âgée est en institution, les aidants s'occupent principalement de tâches complémentaires et leur degré d'implication est plutôt faible en général.

Les aidants de personnes âgées vivant à domicile doivent s'impliquer davantage. Le temps et l'énergie consacrés au parent âgé sont évidemment beaucoup plus importants chez les 26% d'aidants de personnes à domicile qui vivent avec le parent âgé.

Peu d'aidants (environ 10%) apportent une aide financière à leurs parents âgés et la contribution moyenne annuelle des aidants de parents à domicile (n= 20) est de 788,00 $.

8.1.2 PROBLEMES SOCIO-SANITAIRES

En général, les aidants sont satisfaits de la contribution du secteur public: 72% affirment que la personne âgée "a reçu toute l'aide et tous les services qu'elles aurait pu attendre du secteur public", et ce, même si l'aide reçue a été effectivement minimale. Cependant, chez les aidants de parents à domicile et trouvant leur situation difficile au plan physique, 85% (n= 65) souhaiteraient que l'État les aide par du soutien financier, de l'information, du gardiennage. Comparativement à la population non aidante, les aidants sont plus en faveur d'une forme d'allocation gouvernementale donnée aux personnes âgées gardant chez elles un parent âgé (52%/41%).

(2) **Quels facteurs peuvent expliquer certains comportements de recours aux solutions privilégiées?**

Sur la base des données recueillies, les comportements de recours aux solutions dans la prise en charge d'une personne âgée en perte ou en manque d'autonomie s'expliquent d'abord par l'**état de santé du parent**. Ce dernier détermine si la personne âgée pourra bénéficier de l'hébergement public, la seule véritable alternative à la vie à domicile. De plus, selon l'état de santé, la personne âgée sera hébergée en centre hospitalier ou en centre d'accueil.

Des **différences culturelles** semblent également intervenir: on retrouve plus de personnes âgées vivant à domicile chez les non-francophones et elles sont moins nombreuses à vivre seules que chez les non-francophones. La prise en charge familiale des parents âgés semble en effet plus intégrée en milieu non-francophone où l'on est moins d'accord pour que les personnes gardant chez elles un parent âgé reçoivent une allocation gouvernementale. Rappelons aussi que 17% des personnes âgées à domicile aidées par des francophones ont déjà fait une demande pour entrer en centre d'accueil, alors que 3% ont fait une démarche semblable chez les non-francophones. Que ce soit pour des raisons relevant du respect et de la considération envers les aïeuls ou parce que l'on veut éviter aux parents âgés des chocs culturels dans un milieu doublement étranger, il demeure que les non-francophones attendent moins de l'État une prise en charge de leurs personnes âgées.

8.1.2 PROBLEMES SOCIO-SANITAIRES

(3) De quelle façon les comportements ont-ils évolué depuis 1970?

A notre connaissance, aucune donnée antérieure comparable aux nôtres n'existe quant à la prise en charge par l'individu d'un parent âgé en perte ou en manque d'autonomie. Avant le développement massif des centres d'accueil dans le réseau de santé et des services sociaux, les personnes âgées, moins nombreuses, vivaient surtout à domicile, chez elles ou très souvent avec un de leurs enfants. Diverses hypothèses peuvent être énoncées pour expliquer la disparition progressive de cette cohabitation (entrée des femmes sur le marché du travail, rareté des logements vastes, perspective plus cellulaire du couple et de ses enfants, ...) et, par comparaison, sa persistance relative dans les milieux culturels non-francophones. Cependant, compte tenu des données existantes, on ne peut que constater l'évolution des comportements (moins de cohabitation, plus d'institutionnalisation et, en conséquence, moins d'implication directe des familles) et se demander quelles formes ces derniers prendront dans un contexte où les ressources institutionnelles déjà limitées ne pourraient suffire dans une société où les personnes âgées iront en nombre croissant. Les familles pourront-elles et voudront-elles s'impliquer davantage? Les personnes âgées, dont plusieurs seront plus fortunées que dans les dernières décennies (en raison particulièrement des divers régimes de rentes), assumeront-elles leurs besoins en recourant à des services privés, qui aujourd'hui ne jouent un rôle qu'en ce qui a trait aux travaux lourds à effectuer?[1]

Par le biais des centres d'accueil, l'État a pris en charge massivement et intégralement les besoins socio-sanitaires d'une partie de la population. Son implication relative aux personnes âgées s'est réduite dans les dernières années, ne s'occupant désormais que des cas les plus graves. Nous avons vu, par contre, que les aidants des personnes âgées vivant à domicile n'ont pas, de façon générale, une implication si considérable auprès de leurs parents en perte ou en manque d'autonomie. Peut-être leur mode de vie les empêche-t-il de faire plus? Peut-être ces personnes âgées parviennent-elles

---

1 Déjà le secteur privé offre à prix élevé des services d'hébergement, de santé, de loisirs, etc. aux personnes âgées très à l'aise financièrement. Ce phénomène, relativement nouveau, est cependant encore marginal; aussi aucun des répondants n'y a fait référence.

à se débrouiller par des voies restées obscures dans l'interview téléphonique? Mais peut-être aussi éprouvent-elles beaucoup de difficulté à vivre et à assumer leur quotidien? Notre enquête, centrée sur les aidants, ne peut fournir un portrait de la situation des personnes âgées autrement que par le reflet de ce que nous en ont dit les aidants. Or, ce portrait laisse croire que la situation de plusieurs parents âgés est pour le moins difficile.

8.1.3 Problèmes sociaux

Enfin, nous avons voulu connaître les comportements de recours des Québécois pour des problèmes ne relevant pas de la maladie, mais qui sont partiellement pris en charge par le réseau des services sociaux. Les réponses aux questions reposeront essentiellement sur les données recueillies auprès des chefs de famille monoparentales, constituant 4,6% de la population.

(1) Comment, en 1987, les Québécois tentent-ils de régler leurs problèmes sociaux et de santé?

(1A) Quelles sont les solutions institutionnelles, privées, familiales ou communautaires adoptées?

Les ressources sur lesquelles peuvent compter les chefs de famille monoparentale sont presque exclusivement les ressources du secteur public et les ressources familiales. Si ces deux dernières jouent un rôle très précieux, elles sont loin de répondre cependant de façon complète aux besoins spécifiques des chefs de famille monoparentale.

Quel type d'intervention ou d'aide vont-elles chercher du **secteur public**? Dans l'ensemble, par rapport à la population générale, les chefs de famille monoparentale ne fréquentent pas davantage le **CLSC**; mais les plus démunies se distinguent des moins démunies sous ce rapport (28%/14%). Comparativement à la population générale, la fréquentation des chefs de famille monoparentale est plus élevée pour l'**urgence** d'hôpital (44%/33%) et la **clinique de centre hospitalier** (42%/31%). Le recours au **CSS** est également plus important chez les chefs de famille monoparentale (6%/2%). Chez les plus démunies, ce recours monte à 9% alors qu'il n'est que de 2% chez les moins démunies. Les chefs de famille monoparentale ont donc davantage recours aux services sociaux et de santé généraux offerts à la population que les autres et cela est d'autant plus vrai qu'elles sont plus démunies. Est-ce parce qu'elles en sont de plus grandes utilisatrices ou que le réseau répond moins (ou différemment) à leurs besoins particuliers, qu'elles sont **moins nombreuses** (71%) que la population générale (80%) **à en être satisfaites** et qu'elles ont davantage porté plainte au sujet de services reçus (11%/5%)? Elles sont précisément beaucoup plus nombreuses que la population générale à trouver insuffisante l'aide gouvernementale aux familles monoparentales (78%/53%).

8.1.3 PROBLEMES SOCIAUX

Les chefs de famille monoparentale dépendent souvent de **l'aide sociale**: 59% en ont déjà reçu, 42% en reçoivent actuellement. Chez les veuves, 84% ont bénéficié de la **rente du conjoint survivant**.

Près du quart des séparées et divorcées ont cherché de l'aide auprès d'un **thérapeute** ou d'un **conseiller** pour tenter une action de négociation avec le conjoint. Cette aide peut venir du secteur privé ou du secteur public (le Service de médiation à la famille, récemment établi à Montréal et à Québec, a été impliqué dans 3% de ces cas).

Parmi les chefs de famille monoparentale, 60% devraient recevoir une **pension alimentaire**. De celles-là, le tiers ne l'ont pas reçu comme prévu. Parmi ces dernières, 36% ont fait appel au **percepteur des pensions alimentaires** et 13% ont eu de l'aide du **Service de la médiation à la famille**.

Le tiers des chefs de famille monoparentale ont eu un **jugement de cour** relativement à la garde des enfants, alors que la moitié d'entre elles ont obtenu un jugement concernant les droits de visite.

Le tiers des chefs de famille monoparentale ont été victimes de violence de la part du père de leurs enfants. De celles-là, 31% ont quitté le domicile, 27% ont demandé l'aide de la **police** et 2% se sont rendues à l'**hôpital**.

Les chefs de famille monoparentale sont majoritairement locataires (83%; population générale: 60%); peu d'entre elles (10%) bénéficient d'un **HLM** (16% ont fait une demande) ou habitent une **coopérative d'habitation** (5%; 8% ont fait une demande).

Le cinquième des chefs de famille monoparentale font **garder leurs enfants** dont 31% dans une garderie (avec l'aide de subsides gouvernementaux si elles ont un revenu limité).

Rares sont les chefs de famille monoparentale (10%) qui reconnaissent que leurs enfants ont eu des problèmes reliés à l'événement déclencheur; elles disent avoir eu alors recours au **médecin**, à un **représentant de l'école ou de la commission scolaire**, à un **psychologue**, à un **travailleur social** ou à la **Direction de la protection de la jeunesse**. Elles sont également peu nombreuses (16%) à associer l'événement à leurs propres problèmes de santé ou psychologiques. Dans ces cas, elles ont consulté un **médecin**, un **psychologue**, un **travailleur social** (et très rarement quelqu'un d'une association d'hommes ou de femmes). Le travailleur social a parfois aidé à défendre les droits d'un chef de famille monoparentale au bureau

de l'aide sociale, à l'assurance-chômage ou ailleurs. Dans tous ces cas, notons que le nombre d'individus ayant eu recours à ces services est très limité. Cette description permet surtout d'identifier les quelques personnes-ressources vers qui se tournent les chefs de famille monoparentale.

Nous avons vu que les chefs de famille monoparentale sont moins satisfaites de la qualité du système de santé et des services sociaux et qu'elles sont relativement peu nombreuses à trouver suffisante l'aide gouvernementale accordée aux familles monoparentales. Elles reçoivent peu d'aide de chacune des ressources potentielles et c'est peut-être pour cela qu'**elles sont plus en attente que les autres vis-à-vis du réseau**: par rapport à la population générale, elles sont moins nombreuses à considérer que le système de santé répond très bien aux besoins des personnes handicapées (34%/42%); elles sont plus nombreuses à affirmer qu'il est très difficile pour les Québécois moins fortunés d'obtenir tous les traitements requis (61%/48%); elles sont plus nombreuses à favoriser l'allocation gouvernementale aux personnes gardant chez elles un parent âgé (85%/75%); enfin, seulement 26% d'entre elles seraient d'accord pour participer aux coûts de la visite chez le médecin, alors que ce taux est de 38% chez les autres.

Bref, les chefs de famille monoparentale ont recours à des **services publics** pour tenter de régler leurs problèmes associés aux responsabilités de leur situation. Cette aide n'est pas spécifique à la monoparentalité, ni utilisée de façon importante. Cependant, les chefs de famille monoparentale comptent sur cette aide et attendent, de façon générale, davantage du secteur public que la population générale.

Quelle aide les chefs de famille monoparentale reçoivent-elles de leur **famille** (au sens étendu, incluant éventuellement les amis et les voisins)?

Des quelque 25% qui ont emprunté de l'argent après l'événement, environ la moitié l'a fait auprès d'une **institution financière** et l'autre moitié auprès de leur **famille ou de leurs amis** (en premier lieu du père ou de la mère). Très peu de chefs de famille monoparentale ont reçu de l'aide pour gérer leur budget; cependant, l'aide dans ce cas est fournie principalement (66%) par un membre de la famille.

Le tiers des répondantes disent avoir eu de l'aide pour s'occuper des enfants; cette dernière provient d'abord des **membres de la famille** (66%), puis d'**amis** (24%) ou de l'**ex-conjoint** (22%).

8.1.3 PROBLEMES SOCIAUX

La moitié des chefs de famille monoparentale entretiennent des **relations amicales** avec des femmes ou des hommes qui élèvent également leurs enfants seul(e)s. De celles-là, 66% disent que ces individus les ont aidées (soutien moral, s'occuper des enfants, aide matérielle, travaux ménagers, argent).

Les **parents ou amis** sont mentionnés comme accompagnateurs (respectivement 17% et 8% des cas) lors de rencontres pour défendre ses droits à l'assurance-chômage, au bureau de l'aide sociale ou ailleurs (problème rencontré par 18% de l'échantillon).

Les **parents ou amis** semblent également apporter une certaine aide relativement aux problèmes personnels engendrés par l'événement.

Le tiers des chefs de famille monoparentale disent avoir été violentées physiquement par le conjoint. Parmi les 31% ayant quitté la maison la dernière fois que cela s'est produit, seulement 8% précisent avoir trouvé **refuge chez quelqu'un** (2% disent s'être réfugiées dans une maison pour femmes violentées).

Le portrait de l'aide reçue de la famille ne permet pas d'évaluer son importance quantitative. Pour précieuse qu'elle puisse être pour les chefs de famille monoparentale, elle n'apparaît pas ici largement étendue et variée.

L'aide provenant du **secteur communautaire** est réduite. Chez les chefs de famille monoparentale et dans la population générale, seulement 6% ont eu recours à des services communautaires l'an dernier; 13% y ont déjà fait appel (sans limite temporelle).

Les quelques mentions d'aide reçue touchent à l'hébergement dans une maison pour femmes victimes de violence, et à des contacts avec des associations de veufs/ves ou d'hommes/femmes relativement à ses problèmes personnels ou à la défense de ses droits.

En ce qui concerne l'aide reçue du **secteur privé**, seuls le recours au notaire ou à l'avocat pour la succession dans les cas de veuvage et le recours au psychologue peuvent être mentionnées. Même s'il ne s'agit pas d'une forme d'aide, rappelons que c'est au secteur privé que s'adressent la moitié des chefs de famille monoparentale qui doivent emprunter.

8.1.3 PROBLEMES SOCIAUX

(1B) Pourquoi et dans quelles circonstances opte-t-on pour une solution en particulier ou un type de solution?

(1C) Adopte-t-on plusieurs solutions de façon simultanée?; selon un pattern particulier?

(1D) Comment les différents milieux apportent-ils des réponses aux problèmes?

(2) Quels facteurs peuvent expliquer le recours aux solutions privilégiées?

A la lumière des données recueillies, les deux premières questions apparaissent étrangères à la réalité des chefs de famille monoparentale. En effet, les ressources sur lesquelles elles peuvent compter sont limitées et les chefs de famille monoparentale n'ont pas véritablement le choix de privilégier une option parmi d'autres. Tout indique qu'elles se tournent vers les **ressources accessibles**: le système de santé (et des services sociaux accessoirement) et la famille au fil des événements et des possibilités.

Les données ne fournissent que peu d'informations quant à la façon dont le milieu familial apporte des réponses aux problèmes. Cependant, comme nous l'avons vu, les chefs de famille monoparentale attendent beaucoup des ressources institutionnelles, qui leur apportent une aide plus générale (services de santé) que spécifique à leur situation monoparentale.

(3) De quelle façon les comportements ont-ils évolué depuis 1970?

Les quelques études de type monographique effectuées sur la façon dont vivent les chefs de famille monoparentale ont été effectuées dans les années quatre-vingt; dont trois de celles-là datent de 1986. Aussi, il est impossible de tracer l'évolution des comportements de recours chez les chefs de famille monoparentale. C'est plutôt l'**augmentation et la relative nouveauté du phénomène** qui retient l'attention: alors qu'autrefois la monoparentalité résultait surtout du

veuvage, elle est aujourd'hui principalement le fait des ruptures d'union et des naissances hors mariage.

Dans la dernière décennie, les personnes âgées démunies représentaient un, sinon le, groupe défavorisé retenant l'attention des médias et des critiques sociaux. Sans nous prononcer sur l'amélioration globale du sort des personnes âgées, leur situation a évolué depuis 1970: l'hébergement public s'est développé et le niveau de vie de plusieurs d'entre elles (mais non de toutes) s'est grandement amélioré. De plus en plus, les chefs de famille monoparentale démunies apparaissent aujourd'hui comme **un groupe particulièrement désavantagé au plan économique et social**. A notre avis, ces familles monoparentales démunies constituent une des principales enclaves de **"nouvelle pauvreté"** dans notre société.

8.2 JALONS POUR L'ELABORATION DE SCENARIOS DE CHANGEMENTS

.2 JALONS POUR L'ELABORATION DE SCENARIOS DE CHANGEMENTS

Dans cette dernière section, l'équipe de recherche propose quelques réflexions faisant suite aux résultats de l'enquête et pouvant constituer des jalons pour l'élaboration de scénarios de changements à l'intérieur du système de services de santé et de services sociaux. Les repères ici identifiés sont présentés tour à tour sous forme synthétique, sans ordre hiérarchique, en relation avec divers enjeux majeurs pour la Commission.

Performance du réseau

(1) Le système de santé est largement utilisé par les Québécois qui le perçoivent très positivement. Comparativement, peu de personnes ont eu des contacts avec les services sociaux et socio-sanitaires du réseau. Chez ceux qui en ont eu, le niveau de satisfaction paraît acceptable, mais des lacunes sont observées. Rappelons, en particulier, l'absence de ressources spécifiques pour les familles monoparentales démunies et la différence marquée entre les deux options de prise en charge des individus âgés reposant ou totalement sur l'Etat ou uniquement sur la famille.

(2) Le CLSC joue dans le milieu un rôle important: il s'avère une composante accessible du réseau, susceptible d'apporter des réponses à divers problèmes. La poursuite de l'implantation des CLSC dans toutes les régions et pour une gamme plus étendue de services nous apparaît comme un enjeu majeur.

(3) Le délai pour obtenir un rendez-vous en physiothérapie semble long (1,5 mois). Il conviendrait de déterminer si ce laps de temps est raisonnable, compte tenu des effectifs présents dans le réseau.

(4) Le sondage montre à quel point la monoparentalité, surtout chez les plus démunis, déclenche une série de problèmes différents pour lesquels les chefs de famille monoparentale trouvent difficilement des ressources pouvant leur venir en aide. Ces individus utilisent davantage que la population générale les services de santé et les plus démunies d'entre eux recourent davantage au CSS, mais ces ressources ne semblent pas apporter d'aide relativement à plusieurs problèmes spécifiques à cette population.

8.2 JALONS POUR L'ELABORATION DE SCENARIOS DE CHANGEMENTS

Accessibilité et ouverture à la communauté

(5) L'accessibilité (disponibilité de services et gratuité) ressort comme un atout précieux du réseau et même comme le principal déterminant des comportements de recours.

(6) La connaissance du réseau varie grandement selon que l'on a été ou non confronté avec un problème, la prise en charge d'une personne âgée par exemple. La clarification des étapes à suivre et des portes d'accès pour obtenir des services sociaux ou socio-sanitaires pourrait faciliter les démarches à entreprendre et ainsi accélérer et alléger le processus pour la clientèle.

(7) Le taux de recours au CSS dans la population est faible. Il apparaît important de clarifier son degré d'ouverture et d'accessibilité à la communauté, en milieu francophone particulièrement. Il conviendrait de préciser et de faire connaître à la population les fonctions respectives du CSS et du CLSC en matière de services sociaux.

Ressources complémentaires au réseau

(8) Le bénévolat représente une force active dans la production de services sociaux: la société québécoise compte actuellement sur 30% d'individus qui disent faire du bénévolat: 38% chez les anglophones, 27% chez les francophones et 11% chez les allophones.

(9) Si les médias font de plus en plus valoir les ressources et le dynamisme du réseau communautaire, la présente enquête montre que leur degré de pénétration dans la population est encore limité (à l'exception de l'action des groupes bénévoles apportant du soutien aux alcooliques, présumément les "Alcooliques anonymes").

(10) L'aide apportée aux parents âgés par les familles est plus difficile à supporter au plan moral qu'au plan physique. La contribution en temps et en argent des aidants s'avère beaucoup moins importante au Québec qu'aux Etats-Unis. En principe, les familles privilégient la vie au domicile pour leurs parents âgés, mais il est difficile d'établir jusqu'à quel point la contribution à tous égards des familles pourrait véritablement augmenter.

(11) La famille constitue une ressource précieuse pour les personnes âgées comme pour les chefs de famille monoparentale. Cependant, il est difficile d'évaluer le degré de saturation de l'aide apportée: l'importance de la

contribution familiale peut varier grandement. Dans les deux cas, l'apport du CLSC et du réseau communautaire est infime, voire inexistant.

Différences entre les groupes linguistiques

(12) Les francophones, les anglophones et les allophones se distinguent sur certains comportements: prise en charge familiale plus étroite des parents âgés par les non-francophones, bénévolat plus fréquent chez les anglophones. Les francophones et les non-francophones ont une perception différente du CSS et du CLSC quant à l'à-propos de s'y adresser pour placer une personne âgée: ces composantes offrent-elles une image ou des services différents à leur clientèle selon le groupe linguistique de la communauté desservie?

Financement

(13) Toute proposition ou tout discours sur la participation directe de l'individu aux coûts du système de santé doit être contextualisé en soulignant la relation observée entre le taux d'accord concernant la visite chez le médecin et le revenu. Ce taux passe de 29% chez les individus dont le revenu familial est inférieur à 20 000$ à 63% chez ceux gagnant 60 000$ et plus.

Demande en thérapies alternatives

(14) Si l'on fait exception de la chiropratique et de l'acupuncture, les pratiques alternatives au réseau demeurent relativement marginales. Les indices de satisfaction détaillés sont beaucoup plus favorables envers les praticiens qui interagissent largement avec le patient par le toucher et la parole (chiropraticien, acupuncteur, physiothérapeute). Les praticiens alternatifs sont aussi ceux qui obtiennent le plus de succès, de l'avis des patients souffrant du dos. Même si, sur chacun des indicateurs spécifiques de satisfaction, les praticiens alternatifs supplantent les médecins, ces derniers arrivent bons premiers quant aux indices de satisfaction globale. En dépit des imperfections décelées, la population atteinte de mal de dos privilégie dans l'ensemble les intervenants du corps médical. De plus, les clientèles des médecins et des physiothérapeutes comptent plus de cas à l'indice de gravité élevé par rapport au nombre de patients dont le cas est moins grave. Par contre, autant de cas aux indices élevés que

faibles se retrouvent dans les clientèles des chiropraticiens et des autres praticiens alternatifs. Du point de vue de la population atteinte, les médecines douces apparaissent donc plutôt comme des approches complémentaires que véritablement alternatives. Les membres des corporations professionnelles médicales oeuvrant dans le réseau peuvent tirer une leçon instructive de ces résultats. Ils semblent avoir à gagner en valorisant une forme ou l'autre d'intégration de la complémentarité observée et en prodiguant une attention soutenue à leurs patients.

REFERENCES

Abenhaim, L. et al. (1985). The social burden of occupational back pain: a study of 3000 cases representative of Quebec. (Document de recherche No: 85-08) Montréal: Université de Montréal, Ecole de Relations industrielles.

Alcock, J.E. (avril 1986). Chronic Pain and the Injured Worker. Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 27, (2), 196-203.

Alver, B.G., & Selberg, T. (1984). Alternative medicine in today's society. Temenos (The) Turku, 20, 7-25.

Anderson, J.A.D. (1986). Epidemiological Aspects of Back Pain. Journal of Social & Occupational Medicine, (36), 90-94.

Béland, F. (1980). Une enquête sur les personnes âgées de trois villes du Québec: les premiers résultats. Québec: Ministère des Affaires sociales, Service de l'évaluation, Direction des Politiques de santé.

Belisle, C., & Otis, G. (1986). Les Lombalgies. Montréal: Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

Bellware, J.-A., & Charest, D. (1986). Monoparentalité féminine et aide sociale. Etude monographique sur la situation des femmes responsables de familles monoparentales et bénéficiaires de l'aide sociale. Québec: Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, Service des politiques et de la recherche en sécurité du revenu.

Bellware, J.-A., & Roberge, P. (1983). L'Etat et les affaires sociales: Quelques dimensions actuelles de l'opinion publique. Québec: Ministère des Affaires sociales, Evaluation des programmes.

Bilodeau, E. (15 juin 1987). Les Montréalais reprochent surtout leur attitude aux médecins. La Presse, (Chronique Santé et bien-être)

Bilodeau, L. (1976). Opinions des québécois sur certains problèmes pertinents aux activités du Ministère des Affaires sociales. Rapport préliminaire sur deux (2) sondages complémentaires, effectués au printemps 1976. (Etude sur les Services sociaux et les Services de santé au Québec) Québec: Ministère des Affaires sociales, Direction générale de la planification, Service des études socio-économiques.

Blais, L. et al. (1986). Enquête exploratoire sur la clientèle de l'urgence psychiatrique de l'hôpital Sacré-Coeur. Montréal: DSC Hôpital Sacré-Coeur.

Boilard, J. (1985). Les approches complémentaires en médecine. In Dufresne, J. et al. Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie. Chap. 7. (pp. 151-175). Québec: Presses de l'Université du Québec.

Bouchard, P. (1982a). Différences imputables au mode de cueillette - Entrevue face à face vs entrevue téléphonique -. Montréal: Université de Montréal, Centre de Sondage.

Bouchard, P. (1982b). L'interview en face à face et l'interview téléphonique: Comparaison de résultats obtenus par ces deux méthodes. (Communication présentée à Ottawa dans le cadre de l'Association Canadienne de Recherche Sociale Appliquée, ACRSA) Montréal: Université de Montréal, Centre de Sondage.

Brien-Dandurand, R. (1982). Famille, Monoparentalité et Responsabilité maternelle: Contribution à l'étude des rapports sociaux de sexes. Montréal: Université de Montréal, Faculté des études supérieures, Département d'anthropologie.

Canada, Santé et Bien-être social. (1987). Le Rapport Action Santé - Perspectives à partir de l'enquête Promotion Santé Canada 1985. Ottawa: Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Canada, Santé et Bien-être social. (1981). La santé des Canadiens: Enquête Santé Canada. Ottawa: Santé et Bien-être social et Statistiques Canada.

Canada, Statistique Canada. (1984). Faits saillants de l'Enquête sur la santé et l'incapactié au Canada, 1983 - 1984. Ottawa: Statistique Canada, Division de la santé.

Canada, Statistique Canada. (1986). Les Familles monoparentales au Canada. Trousse didactique d'études sur la famille. Cat.11-520F. Ottawa: Statistique Canada.

Canada, Statistique Canada. (1981). Recensement du Canada de 1981. Vol. 2, série provinciale. Ottawa: Statistique Canada.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. (1986). Programme de recherche. Québec: Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Contandriopoulos, A.-P., & Tessier, G. (1985). L'opinion de la population du Québec et des administrateurs de la santé. In DesRochers, G. (éd.), Le système de santé: Financement à repenser? Actes du 7è Colloque Jean-Yves Rivard. (pp. 109-122). Montréal: Université de Montréal, Faculté de Médecine, Département d'Administration de la santé.

Dandurand, R.B. (automne 1987). La monoparentalité: du passé à l'avenir. Revue internationale d'action communautaire, (18), (à paraître)

Delude, C. (1985). Les CSS et les CLSC dans la population anglophone de Montréal: notoriété, utilisation, accessibilité, rôle social. Montréal: CROP.

DesRochers, G. (éd.). (1985). Le système de santé: Financement à repenser? Actes du 7è Colloque Jean-Yves Rivard. Montréal: Université de Montréal, Faculté de Médecine, Département d'Administration de la santé.

Donnelly, W.J.; Spykerboer, J.E. & Thong, Y.H. (mai 1985). Are patients who use alternative medicine dissatisfied with orthodox medicine?. The Medical Journal of Australia, 142, 539-541.

Dupuis, M. (1982). Ce sacré mal de dos! Comment s'en débarrasser.... Montréal: Stanké.

Dupuis, M. (1986). Recherche sur les maux de dos. Prudence dans l'interprétation des résultats. Conférence présentée à Institut de recherche en santé et en sécurité du travail (IRSST). Conférence-midi. Montréal. Montréal: IRSST.

Fédération des CLSC du Québec. (1986). Le CLSC de demain: Au centre des services locaux. Montréal: Fédération des CLSC du Québec.

Gagné, M.H. (1978). Etude sur la qualité des soins de santé au Québec. Québec: Ministère des Affaires sociales, Direction générale de la planification, Service des Etudes socio-économiques.

Gauthier, P. et al. (1982). Mères et enfants de famille monoparentale. Montréal: Université de Montréal, Ecole de Psycho-éducation.

Gauthier, P. (1986). Les nouvelles familles. Montréal: Les Editions Saint-Martin.

Gordon, J.S. (1981). Holistic medicine: Toward a new medical model. Journal of Clinical Psychiatry, 42, (3), 114-119.

Grandmaison, A. (1981). Les nouveaux bénéficiaires du C.S.S.M.M.: caractéristiques individuelles. (Dossier clientèles, document No 2) Montréal: C.S.S.M.M., Direction des services professionnels, Service de la recherche.

Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et en sécurité du travail (GRASP/sst). (1986). Enquête sur les exigences et aspirations de la population québécoise en matière de santé, de services de santé et de services sociaux. Rapport d'étape. Montréal: GRASP/sst, Université de Montréal.

Groupe de réflexion "Médecines différentes". (1986). Evaluer les médecines différentes: un défi? :Rapport au Ministre des Affaires sociales et de la Solidarité nationale et au Secrétaire d'Etat chargé de la santé. (Collection des rapports officiels) Paris: la Documentation française.

Kronenfeld, J., & Wasner, C. (1982). The Use of unorthodox therapies and marginal practitioners. Social Science & Medicine, 16, (21), 1119-1125.

Kulbok, P. (1983). A Concept Analysis of Preventive Health Behavior. Chap.8. In Chinn, P.L. Advances in Nursing theory Development. (pp. 125-151). New-York: Aspen System Co.

Lafrenière, J. G. (1983). Le patient lombalgique: Techniques et traitements kinésithérapies. New-York: Masson.

Lapierre, L. (1986). Enquête promotion santé: La situation des femmes. Ottawa: Statistiques Canada.

Leaune, V., & Le Bourdais, C. (octobre 1985). L'évolution de la monoparentalité féminine dans différentes régions du Québec, 1971-1981. Cahiers québécois de démographie, 14, (2), 185-208.

Lebart, L. (1986). Sept ans de perceptions: Evolution et structure des opinions en France de 1978 à 1984. Paris: Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC).

Legault, D., & Pineau, D. (avril 1985). La garde partagée ou libération. La Vie en rose,

Lehmann, Ph., & Abelin, Th. (fév. 1986). Les dorsalgies en médecine ambulatoire. Médecine et Hygiène, (44), 376-381.

Maigne, R. (1983). Mal de dos, mal du siècle. Paris: Robert Lafont.

McKie, D.C.; Prentice, B.; Reed, P. (1983). Divorce; la loi et la famille au Canada. Ottawa: Minisitère des Approvisionnements et Services Canada.

Melanson-Ouellet, A. (1978). Enquête Omnibus. Québec: Ministère des Affaires sociales, Direction générale de la planification, Service des études socio-économiques.

Melanson-Ouellet, A., & Pronovost, L. (1980). Etude sur les connaissances et les perceptions des services psychiatriques au Québec. Conclusion et questionnaire. Québec: Ministère des Affaires sociales, Direction générale de la planification et évaluation, Service des études sociales.

Melzack, R. (éd.). (1983). Pain measurement and assessment. New-York: Raven Press.

Melzack, R., & Wall, P.D. (1982). Le défi de la douleur. Montréal: Chenelière; Stanké.

O'Laughlin, J.L., & DSC Hôpital général de Montréal, Département de santé communautaire. (1985). Social-demographic, Health and Life style characteristics of adults in the territory of the Montreal General Hospital Department of Community health. Montréal: DSC Hôpital général de Montréal.

Payette, M., & Vaillancourt, F. (1983). Le portrait des bénévoles québécois. Montréal: Université de Montréal, Centre de recherche en développement économique (CRDE).

Québec, Ministère des Affaires sociales. (1985). Un nouvel âge à partager. Politique du Ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées. Québec: Ministère des Affaires sociales, Direction des Communications.

Régie de l'Assurance-Maladie du Québec (RAMQ). (1981). Statistiques annuelles. Québec: RAMQ.

Roy, J. (1986a). Bilan du maintien à domicile dans les CLSC. II: Problématique des ressources. Montréal: Fédération des CLSC du Québec (FCLSCQ).

Roy, J. (1986b). Bilan du maintien à domicile dans les CLSC. I: Problématique des services. Montréal: Fédération des CLSC du Québec (FCLSCQ).

Scheder, P.-A. (1986). Le recours aux médecines alternatives en Suisse. Résultats de recherches récentes. Revue Médicale de la Suisse Romande, 106, (2), 97-104.

Scheder, P.-A.; Vernay, A.; & Lebet, C. (1986). Le recours aux médecines alternatives selon une enquête de la Fédération romande des consommatrices en 1984. Revue Médicale de la Suisse Romande, 106, (2), 105-114.

Sirard, G. et al. (1986). Des mères seules: une étude sur la situation des femmes cheffes de famille monoparentale du Centre-sud de Montréal. Montréal: Groupe de recherche auprès des femmes cheffes de famille.

SOM inc,. (1987a). Enquête pour la Commission Rochon. Rapport du Pré-Test. Ste-Foy (Qué.): Stratégie, Organisation Et Méthode SOM inc., Etudes et Recherches.

SOM inc. (1987b). Enquête sur les habitudes en matière de santé et problèmes sociaux. Rapport administratif. (Enquête réalisée pour: La Commission Rochon) Ste-Foy (Qué.): Stragégie, Organisation Et Méthode SOM inc., Etudes et Recherches.

Spitzer, W.O. (1986). Rapport du groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs.. Montréal: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST).

Stephens, S.A., & Christianson, J.B. (1986). Informal Care of the Elderly. Toronto: Lexington Books.

Tarte, F. (1984). Enquête Santé et Services sociaux IV. Rapport méthodologique. Québec: Ministère des Affaires sociales, Service de l'Evaluation des programmes de services sociaux.

Texier, C. (janv 1982). Le dos: Attention fragile!. Châtelaine, 44-50.

Therrien, G., & Bouchard, P. (1983). Les conditions de vie des gens âgés à domicile. Québec: Ministère des Affaires sociales, Direction de l'évaluation des programmes, Service des études sociales.

Villedieu, Y. (août 1985). La douleur apprivoisée. L'Actualité, 10, (8), 65-70.

Villeneuve, C., & Charron, M.F. (1979). Etude sur le comportement et les habitudes alimentaires des Québécois. Québec: Ministère des Affaires sociales, Direction générale de la planification et de l'évolution, Service des Etudes sociales.

Williams, A.F., & Wechsler,H. (déc. 1972). Interrelationship of Preventive Actions in Health and Other Areas. Health Services Reports, 87, (10), 969-976.

ANNEXE A

Questionnaires

DEPISTAGE

Matricule : _____
Code régional : _____
Echange téléphonique : _____

Questions de dépistage : Personnes âgées

1A. Y a-t-il dans votre parenté une personne qui a 65 ans et plus?

Oui 1
Non → PASSEZ A 8, PAGE 10 2

1B. De qui s'agit-il? **(Possibilité de 3 réponses)**

Votre conjoint(e)	01	Votre grand-mère	07
Votre père	02	Votre frère	08
Votre beau-père	03	Votre beau-frère	09
Votre mère	04	Votre soeur	10
Votre belle-mère	05	Votre belle-soeur	11
Votre grand-père	06	Autre (PRECISEZ): _____	12

1C. Vous arrive-t-il de l'aider ou de lui rendre service?

Oui	1	2	3	→ PASSEZ A 2
Non	1	2	3	

(Aucune aide mentionnée)

1D. Diriez-vous que vous lui rendez visite au moins une fois par semaine?

Oui	1	2	3
Non	1	2	3

Si aucune visite, PASSEZ A 8, PAGE 10 (PERSONNE NON ELIGIBLE)

2. Si le répondant aide 2 personnes âgées ou plus, choisir selon la grille de Kish, la personne âgée dont il va être question durant l'entrevue

3A. Où vit actuellement cette personne? ...

... à l'hôpital (hôpital général, CHLD ou CHSP) 1
... en centre d'accueil (foyer ou pavillon) 2
→ PASSEZ A 7B, PAGE 9
... en famille d'accueil → PASSEZ A 7B, PAGE 9 3
... à domicile → PASSEZ A 4A 4

3B. Depuis combien de temps?

_____ mois
ou
_____ années

3C. Quel âge a cette personne âgée?

Age: _____

Si âgée de 75 ans et + et dans cette situation depuis au moins 1 mois.
Si âgée de 65 à 74 ans et dans cette situation depuis au moins 3 mois.
PERSONNE AGEE ELIGIBLE, PASSEZ A 7B. PAGE 9

4A. Diriez-vous que cette personne âgée est au plan physique ...

... complètement autonome 1
... partiellement autonome → PASSEZ A 5A 2
... ou pas du tout autonome → PASSEZ A 5A 3

4B. Cette personne âgée a-t-elle de sérieux problèmes de perte de mémoire ou de confusion mentale?

Oui 1
Non → PASSEZ A 4C 2

Personne âgée éligible, PASSEZ A 6, PAGE 7

4C. Cette personne vous semble-t-elle généralement très déprimée, triste ou abattue?

Oui 1
Non → PASSEZ A 4E 2

	Oui	Non
4D. a) A-t-elle perdu tout intérêt pour les choses qui lui plaisaient ou l'intéressaient d'habitude?	1	2
b) A-t-elle perdu le goût de voir ses amis?	1	2

(Les 2) PASSEZ A 4E

Si les 2 mentions = personne âgée en perte d'autonomie — PASSEZ A 6, PAGE 7

4E. Cette personne vous semble-t-elle généralement très anxieuse, inquiète ou agitée?

Oui 1
Non → PERSONNE AGEE NON ELIGIBLE (PASSEZ A 8, PAGE 10) 2

4F. A cause de cette anxiété, de cette inquiétude ou de cette agitation, cette personne âgée doit-elle absolument avoir la compagnie de quelqu'un le jour ou la nuit?

1

2 **(PASSEZ A 8, PAGE 10)**

4G. Quel âge a cette personne?

Age: _____

4H. Depuis combien de temps est-elle dans cette situation?

_____ mois
ou
_____ années

Si âgée de 75 ans et + et dans cette situation depuis au moins 1 mois.
Si âgée de 65 à 74 ans et dans cette situation depuis au moins 3 mois.
PERSONNE AGEE ELIGIBLE, PASSEZ A 6, PAGE 7;
PERSONNE AGEE NON ELIGIBLE, PASSEZ A 8, PAGE 10.

5A. Cette personne âgée est-elle alitée ou en fauteuil roulant la majeure partie de la journée?

Oui → PASSEZ A 6, PAGE 7 1
Non 2

5B. Est-ce que cette personne âgée peut habituellement se déplacer seule à l'intérieur de la maison (incluant une canne ou une marchette)?

Oui 1
Non → PASSEZ A 6, PAGE 7 2

5C. Est-ce que cette personne âgée peut ou pourrait encore tenir maison sans votre aide ou celle d'autres personnes?

Oui 1
Non → PASSEZ A 6, PAGE 7 2
Vit déja chez quelqu'un 3

INSCRIRE SUR LA GRILLE D'ELIGIBILITE (REPONDANT ELIGIBLE) ET PASSEZ A 8, PAGE 10

5D. Cette personne âgée a-t-elle de sérieux problèmes de perte de mémoire ou de confusion mentale?

Oui 1
Non → PASSEZ A 5E 2

Personne âgée éligible, PASSEZ A 6, PAGE 7.

5E. Cette personne vous semble-t-elle généralement très déprimée, triste ou abattue?

Oui 1
Non → PASSEZ A 5G 2

	Oui	Non
5F. a) A-t-elle perdu tout intérêt pour les choses qui lui plaisaient ou l'intéressaient d'habitude?	1	2
b) A-t-elle perdu le goût de voir ses amis?	1	2

(Les 2) PASSEZ A 5G

Si les 2 mentions = personne âgée en perte d'autonomie —— PASSEZ A 6

5G. Cette personne vous semble-t-elle généralement très anxieuse, inquiète ou agitée?

Oui 1
Non → PERSONNE AGEE NON ELIGIBLE (PASSEZ A 8, PAGE 10) 2

5H. A cause de cette anxiété, de cette inquiétude ou de cette agitation, cette personne âgée doit-elle absolument avoir la compagnie de quelqu'un le jour ou la nuit?

1

2 (PASSEZ A 8, PAGE 10)

5I. Quel âge a cette personne?

Age: _____

5J. Depuis combien de temps est-elle dans cette situation?

_____ mois
ou
_____ années

Si âgée de 75 ans et + et dans cette situation depuis au moins 1 mois. Si âgée de 65 à 74 ans et dans cette situation depuis au moins 3 mois. PERSONNE AGEE ELIGIBLE, PASSEZ A 6, PAGE 7.

6. Avec qui vit cette personne âgée?

_____	Seule	1
_____	Avec son (sa) conjoint	2
	Avec le répondant → PASSEZ A 8, PAGE 10 (REPONDANT ELIGIBLE, INSCRIRE SUR GRILLE D'ELIGIBILITE)	3
_____	Avec un enfant	4
_____	Avec un parent	5
_____	Avec un compagnon (compagne)	6
_____	Autre (PRECISEZ): _____	7

7A. Diriez-vous que vous l'aidez très souvent, souvent, rarement ou jamais ...

	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Très rarement	Jamais
... à préparer ses repas.	1	2	3	4	5
... à faire son lavage ..	1	2	3	4	5
... à faire son ménage de tous les jours	1	2	3	4	5
... à faire des travaux lourds (planchers, fenêtres, ...)	1	2	3	4	5
Est-ce que ...					
... vous l'accompagnez pour aller magasiner?	1	2	3	4	5
... vous la transportez pour des visites médicales ou autre?	1	2	3	4	5
... vous allez lui tenir compagnie (vous asseoir, jaser ou regarder la télévision)?	1	2	3	4	5
... vous allez faire ses commissions?	1	2	3	4	5
... vous vous occupez de ses affaires financières?	1	2	3	4	5

Si au moins deux "très souvent" ou "souvent", **répondant éligible, (inscrire sur grille d'éligibilité)**

Sinon, répondant non éligible.

REPONDANT NON ELIGIBLE

PASSEZ A 8
PAGE 10

7B. Diriez-vous que vous l'aidez très souvent, souvent, rarement ou jamais ...

	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Très rarement	Jamais
... à manger	1	2	3	4	5
... à faire sa toilette .	1	2	3	4	5
... à faire son lavage ..	1	2	3	4	5
Est-ce que ...					
... vous l'accompagnez pour sortir (visites médicales ou autre)?	1	2	3	4	5
... vous allez lui tenir compagnie (vous asseoir, jaser ou regarder la télévision)?	1	2	3	4	5
... vous vous occupez de ses affaires financières?	1	2	3	4	5
... vous la faites participer aux activités organisées par le centre d'accueil (l'hôpital ou la famille d'accueil)	1	2	3	4	5

Si au moins un "très souvent" ou "souvent", **répondant éligible, (inscrire sur grille d'éligibilité)** Sinon, répondant non éligible.

REPONDANT NON ELIGIBLE

Questions de dépistage : Monoparentalité

8. Actuellement, êtes-vous ...

... marié(e) → PASSEZ A 25, PAGE 13 (NON ELIGIBLE)	1
... séparé(e)	2
... divorcé(e) → PASSEZ A 10	3
... veuf(ve) → PASSEZ A 10	4
... célibataire (jamais marié(e) → PASSEZ A 19, PAGE 11	5

9. Etes-vous séparé(e) légalement?

Oui	1
Non	2

10. Vivez-vous présentement avec un(e) conjoint(e)?

Oui → PASSEZ A 25, PAGE 13 (NON ELIGIBLE)	1
Non	2

11. Avez-vous des enfants qui vivent actuellement avec vous?

Oui	1
Non → PASSEZ A 25, PAGE 13 (NON ELIGIBLE)	2

12. Combien de ces enfants sont nés de votre dernière union?

Nombre: _____ → PASSEZ A 14

☐ Aucun

13. Combien sont nés d'une union précédente?

Nombre: _____

14. Quel âge avait(ent) le (ou les) enfant(s) qui vivait(ent) avec vous à la fin de cette union?

(Filtres prioritaires)

	Nombre
... de 4 ans et moins	
... de 5 à 11 ans	
... de 12 à 17 ans	
... de 18 ans et plus	

→ PASSEZ A 25, PAGE 13

15. En quelle année est survenue la fin de cette union?

19 _____

16.

Si séparation survenue avant le 1er **novembre** 1986, éligible, **inscrire sur grille d'éligibilité**
Autre, non éligible, PASSEZ A 25, PAGE 13

19. Vivez-vous présentement avec un(e) conjoint(e)?

Oui → PASSEZ A 25, PAGE 13 (NON ELIGIBLE)	1
Non	2

20A. Avez-vous déjà eu des enfants?

Oui	1
Non → PASSEZ A 25, PAGE 13 (NON ELIGIBLE)	2

20B. Combien vivent actuellement avec vous?

Nombre: _____

☐ Aucun → PASSEZ A 25, PAGE 13 (NON ELIGIBLE)

Si un seul enfant, PASSEZ A 21A;
Si plusieurs enfants, PASSEZ A 21B.

21A. En quelle année est né cet enfant?

19 _____

Si enfant né entre le 1er **avril** 1969 et le 1er **novembre** 1986 PASSEZ A 22. Sinon, PASSEZ A 25, PAGE 13 (NON ELIGIBLE).

21B. En quelle année sont nés ces enfants?

1er enfant : 19 _____

2e enfant : 19 _____

3e enfant : 19 _____

Si enfant né entre le 1er **avril** 1969 et le 1er **novembre** 1986 PASSEZ A 22 (EN POSANT LES QUESTIONS POUR LE 1er ENFANT NE DURANT CETTE PERIODE). Sinon, PASSEZ A 25, PAGE 13 (NON ELIGIBLE).

22. Au moment de la naissance de l'enfant, viviez-vous avec le père (mère) de cet (ou ces) enfant(s)?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 25 (Mère célibataire, **PERSONNE ELIGIBLE, INSCRIRE SUR GRILLE**) (Père célibataire, **NON ELIGIBLE**)	2

23. Le père (mère) de cet (ou ces) enfant(s) vit-il toujours?

Oui	→ PASSEZ A 25 (Séparé(e) d'union libre, **PERSONNE ELIGIBLE, INSCRIRE SUR GRILLE**)	1
Non		2
NSP	→ PASSEZ A 25 (Séparé(e) d'union libre, **PERSONNE ELIGIBLE, INSCRIRE SUR GRILLE**)	8

24. Le père (mère) de cet (ou ces) enfant(s) est-il décédé pendant que vous viviez ensemble?

Oui	(Veuve, **PERSONNE ELIGIBLE, INSCRIRE SUR GRILLE**)	1
Non	(Séparé(e) d'union libre, **PERSONNE ELIGIBLE INSCRIRE SUR GRILLE**)	2

Questions de dépistage : Maux de dos

25. Au cours des 2 dernières années, avez-vous eu mal au dos, quel que soit l'endroit (sauf le cou)?

Oui		1
Non	→ (NON ELIGIBLE, PASSEZ AU QUESTIONNAIRE 2)	2

26. Avez-vous déjà essayé de guérir ou de diminuer ce mal par vous-même ou avec l'aide de quelqu'un?

Oui	→ PASSEZ A 28	1
Non		2

27. Pourquoi n'avez-vous rien essayé?

_____

_____

NON ELIGIBLE, PASSEZ AU QUESTIONNAIRE 2

28. A quand remonte vos premiers maux de dos?

Nombre de mois : _____

Nombre d'année(s): _____

Moins de 6 mois — NON ELIGIBLE, PASSEZ AU QUESTIONNAIRE 2

29. Vos problèmes de dos ont-ils duré plus de 6 mois, qu'ils aient été continus ou non?

Oui		1
Non	→ (NON ELIGIBLE, PASSEZ AU QUESTIONNAIRE 2)	2

30. INSCRIRE SUR GRILLE D'ELIGIBILITE ET PASSEZ AU QUESTIONNAIRE 2

COMPORTEMENTS ET ATTITUDES DE SANTE GENERAUX

Je vais maintenant vous poser quelques questions touchant au domaine de la santé.

1. Par rapport aux personnes de votre âge, pensez-vous que votre état de santé est ...

... très bonne	1
... bonne	2
... mauvaise	3
... très mauvaise	4
NSP	8

2. Avez-vous déjà consulté quelqu'un qui aide les gens au plan psychologique?

Oui	1
Non → PASSEZ A 5	2

3. Qui avez-vous consulté?

Un psychologue	1
Un psychiatre	2
Un psychanalyste	3
Un travailleur social	4
Autre (PRECISEZ): _____	5
NSP	8

4. S'agissait-il ...

... de rencontres individuelles?	1
... ou de rencontres de groupes?	2
Les deux	3

5. Etes-vous déjà allé(e) voir quelqu'un qui soigne ses patients avec des médecines douces, c'est-à-dire des médecines qui n'utilisent pas ou très peu les substances chimiques?

Oui	1
Non → PASSEZ A 7	2

6.

6. Qui êtes-vous allé(e) voir?

		Combien de fois l'avez-vous vu au cours de la dernière année?	Pour quel problème?	Diriez-vous qu'en général, le traitement reçu a été (1) très efficace (2) efficace (3) inefficace (4) très inefficace
Acupuncteur	1	_____	__ __	____ ____
Auriculothérapeute	2	_____	__ __	____ ____
Chiropraticien	3	_____	__ __	____ ____
Homéopathe	4	_____	__ __	____ ____
Massothérapeute	5	_____	__ __	____ ____
Médium (don)	6	_____	__ __	____ ____
Naturopathe	7	_____	__ __	____ ____
Ostéopathe	8	_____	__ __	____ ____
Praticien du méziérisme	9	_____	__ __	____ ____
Praticien de la réflexologie	10	_____	__ __	____ ____
Ramancheur (rebouteur)	11	_____	__ __	____ ____
Autres (PRECISEZ): _____ _____	12	_____	__ __	____ ____
NSP	98			

Problèmes:

1. Problèmes courants
2. Symptômes chroniques
3. Maladies graves
4. Problèmes psychologiques ou psychosomatiques
5. Toxicomanie
6. Autres

Exemples:

grippe, rhume, fatigue, manque d'entrain, obésité
arthrite, rhumatisme, problèmes digestifs, migraines, allergies, maladies de la peau, asthme, mal de dos
cancer, problèmes cardiaques, sclérose en plaques
dépression, insomnie
tabac, alcool, drogue

7. Etes-vous tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord avec chacune des opinions suivantes?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	NSP
a) Les gens **vont voir** des individus qui soignent avec des médecines douces, parce qu'ils n'ont pas réussi à guérir avec la médecine ordinaire	1	2	3	4	8
b) Les gens **vont voir** des individus qui soignent avec des médecines douces, parce qu'ils veulent éviter de prendre des médicaments .	1	2	3	4	8
c) Les gens **ne vont pas voir** des individus qui soignent avec des médecines douces parce qu'ils doivent payer quelque chose	1	2	3	4	8
d) Les gens **ne vont pas voir** des individus qui soignent avec des médecines douces parce qu'ils croient que, parmi ceux-ci, il y a trop de charlatans	1	2	3	4	8

8. Au cours du dernier mois, ...

	Oui	Non
... vous êtes-vous senti(e) malade?	1	2
... vous êtes-vous blessé(e)?	1	2

9. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous personnellement consulté ...

	Nombre de fois
a) ... un médecin généraliste	_____
b) ... un médecin spécialiste	_____
c) ... un(e physiothérapeute	_____
d) ... un(e) ergothérapeute	_____
e) ... un(e) travailleur(se) social(e) ou autre conseiller(ère) du même type	_____

10. Avez-vous de la difficulté à entendre?

Oui	1
Non → PASSEZ A 12	2

11. Devez-vous utiliser un appareil quelconque (prothèse, décodeur télé, téléphone spécial) pour compenser votre handicap?

Oui	1
Non	2

12. Avez-vous des difficultés visuelles?

Oui	1
Non → PASSEZ A 15	2

13. Avez-vous un permis de conduire?

Oui → PASSEZ A 15	1
Non	2

14. Croyez-vous que vous pourriez en avoir un avec la correction que vous apportent ou apporteraient vos verres?

Oui	1
Non	2

15. Avez-vous un handicap physique?

Oui	1
Non → PASSEZ A 17A	2

16.

16. Devez-vous utiliser un appareil quelconque (ex.: canne, marchette, fauteuil roulant, orthèse, prothèse) pour compenser votre handicap?

Oui	1
Non	2

17A. Etes-vous fumeur ou non-fumeur?

Fumeur ——→ PASSEZ A 18A	1
Non-fumeur	2

17B. Avez-vous déjà fumé de façon régulière?

Oui	1
Non ——→ PASSEZ A 18A	2

17C. En quelle année avez-vous cessé de fumer la dernière fois?

19 _____

18A. Vous arrive-t-il de boire de la bière, du vin ou de l'alcool?

Oui	1
Non ——→ PASSEZ A 19	2

18B. Au cours du dernier mois, avez-vous bu de la bière, du vin ou de l'alcool? ...

... à tous les jours ou presque	1
... quelques fois par semaine	2
... ou quelques fois durant le mois	3

19. Dans votre cas, est-ce tout à fait vrai, plutôt vrai, plutôt faux ou tout à fait faux de dire que vous faites un effort particulier ...

	Tout à fait vrai	Plutôt vrai	Plutôt faux	Tout à fait faux
a) ... pour contrôler votre poids	1	2	3	4
b) ... pour prendre assez de sommeil	1	2	3	4
c) ... pour équilibrer votre alimentation .	1	2	3	4
d) ... pour relaxer	1	2	3	4

20. Diriez-vous que vous faites beaucoup plus, plus, moins ou beaucoup moins d'exercice physique que les personnes de votre âge?

Beaucoup plus	1
Plus	2
Moins	3
Beaucoup moins	4
Egal	5

21. Au cours de la dernière année, êtes-vous allé(e) pour vous ou pour un de vos enfants ...

	Oui	Non
... dans un CLSC	1	2
... dans une urgence d'hôpital	1	2
... dans une clinique d'hôpital	1	2
... dans un CSS	1	2

22A. Au cours de la dernière année,

Avez-vous eu besoin ...

	Oui	Non
... qu'un médecin aille vous visiter à la maison?	1	2
... qu'une infirmière aille vous visiter à la maison?	1	2
Avez-vous été hospitalisé(e)?	1	2
Quelqu'un qui habite avec vous a-t-il été hospitalisé?	1	2

22B. Selon vous, le patient devrait-il payer directement une partie du coût des services quand ...

	Oui	Non	NSP
... il va chez le médecin?	1	2	8
... il va à l'urgence?	1	2	8
... il est hospitalisé?	1	2	8

23A. Voici une liste de problèmes que vous ou pourriez avoir à vivre. Qui ou quel organisme pourrait le plus vous aider, si vous aviez à régler chacun des problèmes suivants?

Problèmes:

a) Problème de délinquance chez un enfant _____

b) Problème d'obésité _____

c) Problème d'alcool pour soi ou un membre de la famille _____

d) Problème de dépression _____

Individus:

1. Ami
2. Ergothérapeute
3. Infirmier(ère)
4. Médecin
5. Médecines douces
6. Membre de la famille
7. Physiothérapeute
8. Psychologue
9. Travailleur social (T.S.P.)
10. Autre (PRECISEZ): _____

Service ou organisme

11. Aide téléphonique
12. C.L.S.C.
13. Communautaires (ex.: Alcooliques Anonymes)
14. C.S.S.
15. Hôpital: clinique externe
16. Hôpital: urgence
17. Milieu de travail
18. Milieu scolaire
19. Secteur privé (ex.: Weight Watchers)
20. Autre (PRECISEZ): _____
98. NSP

24A. Où vous adresseriez-vous si un de vos parents âgés devait être placé en centre d'accueil?

- Médecin 1
- Travailleur social 2
- Hôpital 3
- CLSC 4
- CSS 5
- Autre (PRECISEZ): _____ 6

NSP 8

24B. D'après vous, est-il très facile, plutôt facile, plutôt difficile ou très difficile de trouver une place en centre d'accueil pour une personne âgée qui ne peut plus vivre à domicile?

Très facile 1
Plutôt facile 2
Plutôt difficile 3
Très difficile 4
NSP 8

25. Selon vous, quelle devrait être la priorité du gouvernement? ...

... Développer des services de santé et des services sociaux pour les 65 ans et plus 1

... Ou développer des services de santé et des services sociaux pour les moins de 30 ans 2

Les deux 3
NSP 8

(Si répondant à maux de dos, PASSEZ A 29)

26. Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a des problèmes de mal de dos chronique?

Oui 1
Non 2

27. Parmi ceux qui soignent les maux de dos, qui, selon vous, peut apporter au patient le soulagement <u>le plus efficace</u>?

- Omnipraticien 1
- Physiothérapeute 1
- Praticiens de thérapies douces:
  - Acupuncteur 1
  - Anti-gymnastique 1
  - Chiropraticien 1
  - Masseur 1
  - Ostéopathe 1
- Spécialiste:
  - Neurologue ou neurochirurgien 1
  - Orthopédiste 1
  - Physiatre 1
  - Autre (PRECISEZ): _____ 1

NSP 1

28. Si vous souffriez de maux de dos, quel moyen utiliseriez-vous pour vous soulager par vous-même?

Activité physique (exercices, sports) 1
Appuis lombaires (coussins, oreillers, planches) 1
Chaleur/glace 1
Changements de posture 1
Changements dans l'alimentation 1
Classe de dos 1
Crèmes, onguents 1
Massages 1
Médicaments 1
Relaxation, détente, méditation 1
Repos 1
Autre (PRECISEZ): _____ 1
NSP 1

29. Voici une liste d'opinions sur différents sujets. Etes-vous personnellement tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord ou tout à fait en désaccord avec chacune d'elles?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	NSP
a) Le système de santé que nous avons au au Québec est un des meilleurs au monde ...	1	2	3	4	8
b) ... répond très bien aux besoins des jeunes adultes de 18-30 ans .	1	2	3	4	8
c) ... répond très bien aux besoins des personnes handicapées	1	2	3	4	8
d) Le gouvernement devrait donner de l'argent aux personnes qui gardent chez elles un parent âgé	1	2	3	4	8
e) Le gouvernement aide suffisamment les chefs de famille monoparentale	1	2	3	4	8
f) Pour les Québécois qui n'ont pas d'argent, il est très difficile d'obtenir tous les traitements nécessaires pour guérir	1	2	3	4	8
g) Si les gens insatisfaits portaient plainte davantage, les services de santé et les services sociaux seraient grandement améliorés	1	2	3	4	8

30. Avez-vous personnellement déjà porté plainte pour des services de santé ou des services sociaux?

Oui 1
Non → PASSEZ A 33 2

31.

31. Où avez-vous porté plainte?

1.	A l'établissement même	1
2.	CRSSS	2
3.	MSSS	3
4.	CSS	4
5.	Corporation professionnelle	5
6.	Office des professions	6
7.	Commission des Affaires Sociales	7
8.	Autre (PRECISEZ): _____	8
	_____	

32. Diriez-vous qu'en général, vous êtes très satisfait(e), satisfait(e), insatisfait(e) ou très insatisfait(e) de la façon dont on a traité votre plainte?

Très satisfait(e)	1
Satisfait(e)	2
Insatisfait(e)	3
Très insatisfait(e)	4
NSP	8

33. Savez-vous si, dans votre quartier (ou dans votre localité), il y a des groupes communautaires ou groupes de bénévoles qui peuvent venir en aide à des personnes en difficulté?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 36A	2
Ne sait pas	→ PASSEZ A 36A	8

34. Au cours de la dernière année, avez-vous fait appel à ce (ou ces) groupe(s) communautaire(s) ou groupe(s) de bénévoles?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 36A	2

35. Pour quel genre de situation?

_____

_____

36A. Faites-vous du bénévolat auprès ...

	Oui	Non
... des personnes âgées?	1	2
... des enfants ou adolescents?	1	2
... des handicapés?	1	2
... d'autres groupes de personnes?	1	2

PASSEZ A 37

36B. Lequel?

_____

37. Version du questionnaire:

Français	1
Anglais	2

FIN DU QUESTIONNAIRE 2 ⟶ PASSEZ A SOCIO-D (3)

FICHE SIGNALETIQUE

Voici maintenant quelques questions d'ordre plus général.

1. En quelle année êtes-vous né(e)?

   19 _____

2. Quelle est votre langue maternelle, c'est-à-dire la première langue que vous avez apprise et que vous comprenez encore?

Français	1
Anglais	2
Autre (PRECISEZ): _____	3

3. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison?

Français	1
Anglais	2
Autre (PRECISEZ): _____	3

4. Combien d'années de scolarité avez-vous complétées au total?

   Nombre d'années: _____

(Monoparental(e), PASSEZ A 10)

5. Présentement, quelle est votre principale occupation? ...

_____	... emploi à plein temps	01
_____	... emploi à temps partiel	02
	... au chômage	03
	... à la retraite	04
PASSEZ A 8 ←	... aux études à temps plein	05
	... aux soins de la maison	06
	Autre (PRECISEZ): _____	07

6. Quel est le nom de votre emploi ou le titre de votre poste? Quel genre de travail faites-vous?

   _____

   _____

7. Dans quel genre d'entreprise travaillez-vous?

_____

_____

(SANS CONJOINT, PASSEZ A 10)

8. Présentement, quelle est l'occupation principale de votre conjoint(e)?

...	emploi à plein temps	01
...	emploi à temps partiel	02
...	au chômage	03
...	à la retraite	04
...	aux études à temps plein	05
...	aux soins de la maison	06
	Autre (PRECISEZ): _____	07

PASSEZ A 10

9. Quel est le nom de son emploi ou le titre de son poste? Quel genre de travail fait-il(elle)?

_____

_____

10. Etes-vous né(e) au Québec?

Oui	→ PASSEZ A 12	1
Non		2

11. Où êtes-vous né(e)?

Ailleurs au Canada	1
A l'extérieur du Canada	2

(MONOPARENTAL(E), PASSEZ A 13A)

12. Votre ménage est-il propriétaire ou locataire du logement que vous occupez présentement?

Propriétaire	1
Locataire	2
Autre (PRECISEZ): _____	3

13A. Combien d'enfants avez-vous?

Nombre: _____

☐ Aucun → PASSEZ A 14

13B. Combien d'enfants vivent avec vous actuellement?

	Nombre
... de 0 à 4 ans	_____
... de 5 à 11 ans	_____
... de 12 à 17 ans	_____
... de 18 ans à 30 ans	_____

14. Avez-vous une assurance personnelle pour couvrir les médicaments, des frais d'hospitalisation ou d'autres soins de santé?

Oui	1
Non	2

15. A combien s'est élevé au total votre revenu familial pour l'année 1986 avant impôts et déductions?

Montant: _____$

16. Sexe du répondant:

Homme	1
Femme	2

VOIR A LA GRILLE D'ELIGIBILITE POUR DETERMINER LE QUESTIONNAIRE A UTILISER DANS LA SECONDE PARTIE DE L'ENTREVUE

DEVOIR PRENDRE EN CHARGE UN PARENT AGE EN PERTE OU EN MANQUE D'AUTONOMIE

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet de l'aide que vous apportez à l'occasion à _____.

1A. Y a-t-il d'autres membres de la famille qui apportent de l'aide ou du soutien à cette personne âgée?

	Oui	1
	Non → PASSEZ A 2A	2
	NSP → PASSEZ A 2A	8

1B. Selon vous, qui aide le plus cette personne âgée?

	Le répondant lui-même	1
	Son (sa) conjoint(e)	2
	Son fils	3
	Sa fille	4
	Son frère	5
	Sa soeur	6
(A coder)	Autre (précisez) _____	7
	NSP	8

2A. Combien d'enfants vivants a cette personne âgée?

Nombre _____

SI AUCUN, PASSEZ A 3 SI UN OU PLUSIEURS, PASSEZ A 2B

2B. Est-ce qu'ils visitent cette personne âgée ...

... très souvent	1
... souvent	2
... rarement	3
... jamais	4
NSP	8

PASSEZ A 3

3. A quelle fréquence voyez-vous personnellement cette personne âgée?

Quotidiennement ou presque	1
Trois à cinq fois par semaine	2
Une ou deux fois par semaine	3
Une ou deux fois par mois	4
Trois à quatre fois par mois	5
Moins d'une fois par mois	6
Répondant vit avec cette personne	7

4. A quelle fréquence reçoit-elle la visite des autres membres de la famille, d'amis ou de voisins?

Quotidiennement ou presque	1
Trois à cinq fois par semaine	2
Une ou deux fois par semaine	3
Une ou deux fois par mois	4
Trois ou quatre fois par mois	5
Moins d'une fois par mois	6
Ne sait pas	8

5. Quel est l'état civil de cette personne âgée?

Célibataire	1
Marié(e)	2
Séparé(e)	3
Divorcé(e)	4
Veuf(ve)	5

6. A-t-elle d'autres sources de revenu que la pension de vieillesse ou le régime des rentes?

Oui	1
Non	2
NSP	8

7. Cette personne âgée a-t-elle des enfants, des frères et des soeurs dans le quartier (dans la municipalité) où elle habite actuellement?

Oui	1
Non	2

8. Depuis combien de temps cette personne âgée vit-elle dans le quartier (la municipalité) où elle réside actuellement?

_____ mois
ou
_____ années

9. Si elle en avait besoin, pourrait-elle utiliser un système de transport adapté?

Oui	1
Non	2
Incapacité physique ou mentale	3
NSP	8

10A. Dans une situation d'urgence, combien de temps devriez-vous prendre pour vous rendre chez elle?

_____ minutes

☐ Vit avec le répondant

10B. Est-ce que cette personne âgée utilise le téléphone?

Oui	1
Non	2

11A. Comparativement aux autres personnes de son âge, diriez-vous que la santé de cette personne âgée est en général...

... très bonne?	1
... bonne?	2
... mauvaise?	3
... ou très mauvaise?	4
NSP	8

11B. Cette personne âgée doit-elle se déplacer en fauteuil roulant?

Oui	1
Non	2
A l'occasion	3
NSP	8

11C. Cette personne a-t-elle ...

	Non	Oui	Quel(s) problème(s)?
... des problèmes de vision?	2	1 ---→	Aveugle ..... 1 Autre problème ... 2
... des problèmes pour entendre?	2	1 ---→	Sourd(e) ..... 1 Autre problème ... 2
... des problèmes pour se faire comprendre par la parole?	2	1 ---→	Muet(te) ..... 1 Autre problème ... 2

12A. Diriez-vous qu'elle prend beaucoup, moyennement, peu ou pas du tout de médicaments?

Beaucoup		1
Moyennement	→ PASSEZ A 13A	2
Peu	→ PASSEZ A 13A	3
Pas du tout	→ PASSEZ A 13A	4
Ne sait pas	→ PASSEZ A 13A	8

12B. Croyez-vous qu'elle prend trop de médicaments?

Oui	1
Non	2
NSP	8

VOIR GRILLE D'ELIGIBILITE

Personne âgée en institution (centre hospitalier, famille d'accueil ou centre d'accueil),
PASSEZ A LA QUESTION 45, PAGE 24

Personne âgée à domicile,
POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES

A DOMICILE

13A. Vit-elle? ...

... dans une maison privée → PASSEZ A 16A	1
... dans une résidence pour personnes âgées → PASSEZ A 14A	2
... dans un HLM (habitation à loyer modique)	3
... dans une maison de chambres → PASSEZ A 14B	4
autre (précisez) _____ → PASSEZ A 14B	5

13B. S'agit-il d'une résidence pour personnes âgées seulement?

Oui → PASSEZ A 14B	1
Non	2
NSP → PASSEZ A 14B	8

14A. Est-ce une habitation (ou une résidence) subventionnée?

Oui	1
Non	2
NSP	8

14B. Y a-t-il des services spécifiques pour les personnes âgées (infirmerie, cafétéria ...)?

Oui	1
Non	2
NSP	8

15A. Les portes y sont-elles assez larges pour l'utilisation d'une marchette ou d'un fauteuil roulant?

Oui	1
Non	2
NSP	8

15B. Y a-t-il des <u>seuils de porte</u> qui nuisent aux déplacements de la personne âgée?

Oui	1
Non	2
NSP	8

15C. Y a-t-il une barre pour s'agripper à la sortie du bain?

Oui	1
Non	2
NSP	8

15D. Y a-t-il des barres pour aider la personne âgée à s'asseoir et à se relever de la toilette?

Oui	1
Non	2
NSP	8

PASSEZ A 16B

16A. Qui est propriétaire de la maison où habite cette personne âgée?

a)	La personne âgée elle-même	1
b)	Son (sa) conjoint(e)	2
c)	Un de ses enfants	3
d)	Le répondant (ou son conjoint)	4
e)	Un parent	5
f)	Un ami	6
g)	Un étranger	7
h)	Autre (PRECISEZ): _____	8
	NSP	9

16B. Y a-t-il des marches (ou des escaliers) pour entrer dans la maison ou à l'intérieur de celle-ci?

Oui	1
Non → PASSEZ A 16D	2

16C. Cela lui pose-t-il problème?

Oui	1
Non	2

16D. Cette personne âgée est-elle inscrite à un service téléphonique disponible aux personnes âgées?

Oui	1
Non → PASSEZ A 17	2
NSP → PASSEZ A 17	8

16E.

16E. Lequel?

a) Bonjour aujourd'hui 1
b) Service d'urgence spéciale disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine 2
c) Service de sécurité par téléphone en cas d'urgence (ex.: Centre de réponse Argus, Urgence-Ecoute, Compagnie Provost...) 3
d) Autre (PRECISEZ): _____ 4
e) NSP 8

17. Depuis combien de temps habite-t-elle ce logement (cette résidence)?

_____ mois
ou
_____ années

18. Est-elle suivie régulièrement ...

	Oui	Non	NSP
... par un médecin?	1	2	8
... par une infirmière?	1	2	8
... par un(e) travailleur(se) social(e)?	1	2	8
... par un optométriste?	1	2	8
... par un podiatre?	1	2	8
... par un chiropraticien?	1	2	8
... par un acupuncteur?	1	2	8
... par un dentiste (denturologiste)?	1	2	8

19. Qui paye pour ce logement (cette résidence ou cette pension)?

La personne âgée elle-même 1
Le conjoint de la personne âgée 2
Un enfant de la personne âgée 3
Le répondant lui-même (ou son conjoint) 4
Autre (PRECISEZ): _____ 5

20. Est-ce que cette personne âgée va encore, qu'elle soit accompagnée ou non, ...

	Oui	Non	NSP
... faire le marché (épicerie)	1	2	8
... à la pharmacie	1	2	8
... au dépanneur	1	2	8
... à la banque ou la caisse populaire	1	2	8
... à l'église (synagogue ou temple)	1	2	8

21. Est-ce qu'à l'occasion, elle vous rend des services à vous ou aux autres membres de la famille?

Oui	1
Non → PASSEZ A 23	2
Incapacité physique ou mentale → PASSEZ A 25	3

22. Quel genre de services rend-elle?

Prêter de l'argent (endosser pour un emprunt)	1
Garder, amuser ou transporter les enfants	1
Surveiller un domicile	1
Faire des commissions	1
Faire la cuisine	1
Faire du bricolage	1
Faire de la couture, du tricot	1
Faire de l'entretien ménager	1
Autre (PRECISEZ)_____	1

23. Lui arrive-t-il à l'occasion d'aider de façon bénévole d'autres personnes ou groupes de personnes?

Oui	1
Non → PASSEZ A 25	2
Incapacité physique ou mentale → PASSEZ A 25	3
NSP → PASSEZ A 25	8

24A. De quelle façon les aide-t-elle?

_____

_____

24B. Diriez-vous que cette personne consacre beaucoup, moyennement ou peu d'heures par semaine à de telles activités d'aide?

Beaucoup	1
Moyennement	2
Peu	3
NSP	8

25. Est-ce que cette personne âgée a habituellement besoin d'aide pour préparer ses repas?

Oui	1
Non → PASSEZ A 29A	2
Répondant vit avec cette personne → PASSEZ A 31A	3
NSP → PASSEZ A 29A	8

26. Habituellement, qui l'aide à préparer ses repas?

Le répondant → PASSEZ A 29A	1
Le (la) conjoint(e) du répondant → PASSEZ A 29A	1
Sa famille → PASSEZ A 29A	1
Ses amis → PASSEZ A 29A	1
Ses voisins → PASSEZ A 29A	1
Quelqu'un du C.L.S.C.	1
Quelqu'un d'un organisme communautaire (ex.: Age d'Or, Groupes bénévoles)	1
Autre (PRECISEZ) _____	1
Aucune aide reçue → PASSEZ A 27B	1

27A. Qui a fait les démarches pour obtenir cette aide?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ) _____	4
NSP	8

PASSEZ A 29A

27B. Y a-t-il eu demande d'aide ...

	Oui	Non	NSP
... au C.L.S.C.?	1	2	8
... à la paroisse (synagogue, ou temple)?	1	2	8
... ailleurs?	1	2	8

(au moins 1 mention) → *(TOUS 2)* PASSEZ A 28 ; *(TOUS 8)* PASSEZ A 29A

27C. Qui en a fait la demande?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ): _____	4
NSP	8

PASSEZ A 29A

(Si aucune demande)

28. Pourquoi n'a-t-on pas fait une telle demande?

_____

_____

29A. Est-ce que cette personne âgée a habituellement besoin d'aide pour effectuer ses travaux ménagers lourds (faire ses planchers, ses fenêtres, ses murs)?

Oui	1
Non → PASSEZ A 30A	2
NSP → PASSEZ A 30A	8

29B

29B. Qui lui apporte cette aide?

Le répondant	→ PASSEZ A 30A	1
Le (la) conjoint(e) du répondant	→ PASSEZ A 30A	1
Sa famille	→ PASSEZ A 30A	1
Ses amis	→ PASSEZ A 30A	1
Ses voisins	→ PASSEZ A 30A	1
Quelqu'un du C.L.S.C.		1
Quelqu'un du secteur privé		1
Autre (PRECISEZ)_____		1
Aucune aide reçue	→ PASSEZ A 29D	1

29C. Qui a fait les démarches pour obtenir cette aide?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ) _____	4
NSP	8

PASSEZ A 30A

29D. Y a-t-il eu demande d'aide ...

	Oui	Non	NSP
... au C.L.S.C.?	1	2	8
... à la paroisse (synagogue, ou temple)?	1	2	8
... ailleurs?	1	2	8

(au moins 1 mention)

(TOUS 2) PASSEZ A 29F

(TOUS 8) PASSEZ A 30A

29E. Qui en a fait la demande?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ): _____	4
NSP	8

PASSEZ A 30A

(Si aucune demande)

29F. Pourquoi n'a-t-on pas fait une telle demande?

_____

_____

30A. Est-ce que cette personne âgée a habituellement besoin d'aide pour effectuer ses <u>travaux ménagers légers</u> (lit, vaisselle, époussettage)?

	Oui	1
	Non → PASSEZ A 31A	2
	NSP → PASSEZ A 31A	8

30B. Qui lui apporte cette aide?

	Le répondant → PASSEZ A 31A	1
	Le (la) conjoint(e) du répondant → PASSEZ A 31A	1
	Sa famille → PASSEZ A 31A	1
	Ses amis → PASSEZ A 31A	1
	Ses voisins → PASSEZ A 31A	1
	Quelqu'un du C.L.S.C.	1
	Quelqu'un du secteur privé	1
	Autre (PRECISEZ)_____	1
	Aucune aide reçue → PASSEZ A 30D	1

30C. Qui a fait les démarches pour obtenir cette aide?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ) _____	4
NSP	8

PASSEZ A 31A

30D. Y a-t-il eu demande d'aide ...

	Oui	Non	NSP
... au C.L.S.C.?	1	2	8
... à la paroisse (synagogue, ou temple)?	1	2	8
... ailleurs?	1	2	8

(au moins 1 mention) → 30E

(TOUS 2) PASSEZ A 30F

(TOUS 8) PASSEZ A 31A

30E. Qui en a fait la demande?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ): _____	4
NSP	8

PASSEZ A 31A

(Si aucune demande)

30F. Pourquoi n'a-t-on pas fait une telle demande?

_____

_____

31A. Est-ce que cette personne âgée a habituellement besoin d'aide pour faire sa toilette?

Oui	1
Non → PASSEZ A 32A	2
NSP → PASSEZ A 32A	8

31B. Habituellement, qui l'aide à faire sa toilette?

Le répondant → PASSEZ A 32A	1
Le (la) conjoint(e) du répondant → PASSEZ A 32A	1
Un membre de sa famille → PASSEZ A 32A	1
Quelqu'un du C.L.S.C.	1
Autre (PRECISEZ)_____	1
Aucune aide reçue → PASSEZ A 31D	1

31C

31C. Qui a fait les démarches pour obtenir cette aide?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ) _____	4
NSP	8

PASSEZ A 32A

31D. Y a-t-il eu demande d'aide ...

	Oui	Non	NSP
... au C.L.S.C.?	1	2	8
... à la paroisse (synagogue, ou temple)?	1	2	8
... ailleurs?	1	2	8

(au moins 1 mention) → *(TOUS 2)* PASSEZ A 31F; *(TOUS 8)* PASSEZ A 32A

31E. Qui en a fait la demande?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ): _____	4
NSP	8

PASSEZ A 32A

(Si aucune demande)

31F. Pourquoi n'a-t-on pas fait une telle demande?

_____

_____

32A. Est-ce que cette personne âgée a habituellement besoin d'aide pour se déplacer à l'intérieur de la maison?

Oui	1
Non → PASSEZ A 32C	2
Incapacité physique → PASSEZ A 33A	3
NSP → PASSEZ A 32C	8

32B

32B. Habituellement, qui l'aide à se déplacer à l'intérieur de la maison?

Le répondant	1
Le (la) conjoint(e) du répondant	2
Un membre de sa famille	3
Ses amis	4
Autre (PRECISEZ): _____	5

32C. Est-ce que cette personne âgée a habituellement besoin de se faire accompagner pour sortir (prendre une marche...)

Oui	1
Non → PASSEZ A 33A	2
Incapacité physique ou mentale → PASSEZ A 33A	3
NSP → PASSEZ A 33A	8

32D. Qui l'accompagne habituellement?

Le répondant → PASSEZ A 33A	1
Le (la) conjoint(e) du répondant → PASSEZ A 33A	1
Un membre de sa famille → PASSEZ A 33A	1
Un ami → PASSEZ A 33A	1
Un voisin → PASSEZ A 33A	1
Quelqu'un d'un organisme communautaire (ex.: Age d'or, groupes bénévoles) → PASSEZ A 32G	1
Autre (PRECISEZ)_____ → PASSEZ A 32G	1
Aucune aide reçue	1
NSP → PASSEZ A 33A	1

PASSEZ A 33A

32F. Y a-t-il eu demande d'aide ...

	Oui	Non	NSP
... au C.L.S.C.?	1	2	8
... à la paroisse (synagogue, ou temple)?	1	2	8
... ailleurs?	1	2	8
	(au moins 1 mention)	*(TOUS 2)* PASSEZ A 32H	*(TOUS 8)* PASSEZ A 33A

32G

32G. Qui en a fait la demande?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ): _____	4
NSP	8

PASSEZ A 33A

(Si aucune demande)

32H. Pourquoi n'a-t-on pas fait une telle demande?

_____

_____

33A. Arrive-t-il à cette personne âgée de recevoir la visite d'un médecin à la maison?

Oui → PASSEZ A 34A	1
Non	2
NSP → PASSEZ A 34A	8

33B. En aurait-elle besoin?

Oui	1
Non → PASSEZ A 34A	2

33C. Pourquoi n'a-t-on pas fait une telle demande?

_____

_____

34A. Est-ce que cette personne âgée reçoit (ou a reçu) habituellement <u>des soins de la part d'infirmiers(ères)</u> à la maison?

Oui	1
Non → PASSEZ A 34D	2
NSP → PASSEZ A 35A	8

34B

34B. S'agit-il (s'agissait-il) d'infirmiers(ères) ...

... du C.L.S.C.	1
... de l'hôpital	2
... d'un organisme privé	3
Autre (PRECISEZ): _____	4
NSP	8

34C. Qui a fait les démarches pour obtenir ce service?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ) _____	4

PASSEZ A 35A

34D. En aurait-elle besoin?

Oui	1
Non → PASSEZ A 35A	2

34E. Y a-t-il eu demande d'aide ...

	Oui	Non	NSP
... au C.L.S.C.?	1	2	8
... à l'hôpital?	1	2	8
... ailleurs?	1	2	8
(au moins 1 mention)		*(TOUS 2)* PASSEZ A 34G	*(TOUS 8)* PASSEZ A 35A

34F. Qui en a fait la demande?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ): _____	4
NSP	8

PASSEZ A 35A

(Si aucune demande)

34G. Pourquoi n'a-t-on pas fait une telle demande?

_____

_____

35A. A votre connaissance, un(e) travailleur(se) social(e) rend-il(elle) régulièrement visite à cette personne âgée?

Oui	1
Non	2
Ne sait pas	8

35B. Est-ce que cette personne âgée participe à l'occasion à certaines activités de loisir à l'extérieur de la maison avec ou sans la famille?

Oui	1
Non	2
Incapacité physique ou mentale	3
NSP	8

36A. Au cours de la dernière année, avez-vous personnellement apporté de l'aide financière à cette personne âgée?

Oui	1
Non → PASSEZ A 36C	2

36B. Etait-ce ...

	Non	Oui	Combien? (par année)
... pour des prescriptions, des traitements, l'achat ou la location d'équipement spécial pour cette P.A.	2	1 →	_____
... pour des soins ou des services à domicile donnés à la P.A.	2	1 →	_____
... autre (précisez) _____	2	1 →	_____

36C. Combien d'heures en moyenne par mois consacrez-vous à cette personne âgée?

Moins de 3 heures par mois	1
De 3 à 5 heures par mois	2
De 6 à 8 heures par mois	3
9 heures et plus par mois	4
Vit avec cette personne	5
NSP	8

36D. Voici une liste de situations que des personnes qui aident une personne âgée peuvent avoir à rencontrer. Diriez-vous de chacune de ces situations qu'elle est tout à fait vrai, plutôt vrai, plutôt fausse ou tout à fait fausse dans votre cas?

	Tout à fait vrai	Plutôt vrai	Plutôt fausse	Tout à fait fausse	NAP
a) L'aide que vous apportez à cette personne vous oblige à consacrer moins de temps à votre conjoint(e) ou à vos enfants	1	2	3	4	9
b) Le fait de vous occuper de cette personne âgée vous crée des problèmes avec les autres membres de la famille (autres que conjoint(e) et enfants)	1	2	3	4	9
c) L'aide que vous apportez à cette personne âgée limite vos temps libres	1	2	3	4	9
d) Pour vous occuper de cette personne âgée, vous avez dû cesser de travailler	1	2	3	4	9
e) Pour vous occuper de cette personne âgée, vous avez dû diminuer vos heures de travail rémunéré	1	2	3	4	9
f) Pour vous occuper de cette personne âgée, vous avez dû refuser certaines responsabilités à votre travail	1	2	3	4	9

37. Est-ce qu'une demande a déjà été faite, pour que cette personne âgée ait une place ...

	Oui	Non	NSP
... en centre d'accueil?	1	2	8
... dans une famille d'accueil?	1	2	8
... dans un HLM?	1	2	8
... ailleurs (PRECISEZ): _____	1	2	8

(au moins 1 mention)

(TOUS 2) PASSEZ A 40

38. Depuis combien de temps cette demande est-elle faite? **(Si plusieurs demandes, prendre la première)**

A. Centre d'accueil : _____ mois
B. Famille d'accueil: _____ mois
C. HLM : _____ mois
D. Ailleurs : _____ mois

39. Selon vous, est-il très urgent, urgent, peu urgent ou pas du tout urgent qu'elle ait sa place?

Très urgent	1
Urgent	2
Peu urgent	3
Pas du tout urgent	4
NSP	8

40. En général, diriez-vous que le fait de vous occuper de cette personne âgée est ...

	Au plan moral	Au plan physique	
... très facile	1	1	(PASSEZ A 42)
... facile	2	2	
... difficile	3	3	
... très difficile	4	4	

41. Qu'est-ce qui pourrait vous rendre la tâche plus facile?

	Soutien financier	1
	Soutien moral	1
	Information	1
	Gardiennage	1
	Aide d'autres membres de la famille	1
	Aide des services publics	1
	Aide des services communautaires	1
(A coder)	Autre (PRECISEZ): _____	1

42. Compte tenu de sa situation actuelle, croyez-vous que la meilleure solution pour cette personne âgée est encore de vivre là où elle vit actuellement?

Oui	1
Non	2
NSP	8

43. Si son état de santé se détériorait, quelle serait, selon vous, la meilleure solution pour cette personne âgée? ...

	... qu'elle continue de vivre là où elle vit actuellement	1
	... ou qu'elle ait une place en centre d'accueil	2
(A coder)	Autre (Précisez): _____	3
	NSP	8

44A. Selon vous, cette personne âgée a-t-elle reçu toute l'aide et tous les services qu'elle aurait pu attendre du secteur public?

Oui	1
Non	2
NSP	8

44B. Cette personne âgée a-t-elle déjà eu de l'aide de groupes bénévoles (ou groupes de quartiers)?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 44D	2
NSP	→ PASSEZ A 44D	8

44C. Selon vous, cette personne âgée a-t-elle reçu toute l'aide et tous les services qu'elle aurait pu attendre de ces groupes bénévoles (groupes de quartiers)?

Oui	1
Non	2
NSP	8

44D. Vous est-il déjà arrivé de faire personnellement des démarches pour cette personne âgée auprès des services de santé ou des services sociaux que ce soit pour la placer ou autre?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 44F	2

44E. Les résultats de ces demandes vous sont-ils apparus ...

... très satisfaisants?	1
... plutôt satisfaisants?	2
... plutôt insatisfaisants?	3
... ou tout à fait insatisfaisants?	4
NSP	8

44F. FIN DE L'ENTREVUE : REMERCIEZ ET TERMINEZ L'ENTREVUE

Hors-domicile général

45. Qui a fait les premières démarches pour faire entrer cette personne âgée en _____?

	a) La personne âgée elle-même	1
	b) Le (la) conjoint(e) de la personne âgée	1
	c) Le répondant	1
	d) Le (la) conjoint(e) du répondant	1
	e) Un enfant de la personne âgée	1
	f) Un membre de sa famille	1
	g) Un ami de la personne âgée	1
	h) Son médecin	1
	i) Autre (PRECISEZ): _____	1
	_____	
	NSP	1

46. A qui cette personne s'est-elle adressée en tout premier lieu pour faire entrer cette personne âgée en _____?

	A un médecin	1
	A un travailleur social	2
	Au personnel de l'hôpital	3
	Au CLSC	4
	Au CSS	5
(A coder)	Autre (PRECISEZ): _____	6
	_____	
	NSP	8

47. Diriez-vous que cette personne âgée était ...

... tout à fait favorable	1
... plutôt favorable	2
... plutôt défavorable	3
... tout à fait défavorable	4
à l'idée d'aller en _____	
Incapacité de juger	5
NSP	8

48. Combien de temps s'est écoulé entre les premières démarches entreprises et son entrée en _____?

_____ jours
ou _____ mois
ou _____ années

☐ Ne sait pas

49. Considérez-vous ce délai comme ...

... très acceptable	1
... acceptable	2
... inacceptable	3
... très inacceptable	4
ne sait pas	8

50. Depuis combien de temps cette personne âgée ne vit-elle plus "à domicile"?

_____ jours
ou _____ mois
ou _____ années

51.

VOIR GRILLE D'ELIGIBILITE

Personne âgée en famille d'accueil,
PASSEZ A LA QUESTION 52, PAGE 26

Personne âgée en centre hospitalier,
PASSEZ A LA QUESTION 81A, PAGE 37

Personne âgée en centre d'accueil,
PASSEZ A LA QUESTION 94, PAGE 44

Pour les personnes âgées en famille d'accueil

52. Depuis combien de temps cette personne habite-t-elle à cet endroit?

_____ mois
ou
_____ années

53. Les portes y sont-elles assez larges pour l'utilisation d'une marchette ou d'un fauteuil roulant?

Oui	1
Non	2
NSP	8

54. Y a-t-il des seuils de porte qui nuisent aux déplacements des personnes âgées?

Oui	1
Non	2
NSP	8

55. Y a-t-il une barre pour s'agripper à la sortie du bain?

Oui	1
Non	2
NSP	8

56. Y a-t-il des barres pour aider la personne âgée à s'asseoir et à se relever de la toilette?

Oui	1
Non	2
NSP	8

57. Y a-t-il des marches (ou des escaliers) pour entrer dans la maison et aller à sa chambre?

Oui	1
Non → PASSEZ A 59	2

58.

58. Cela lui pose-t-il un problème?

Oui	1
Non	2

59. Est-ce que cette personne âgée va encore, qu'elle soit accompagnée ou non, ...

	Oui	Non	NSP
... à la pharmacie?	1	2	8
... au dépanneur ou à l'épicerie? ..	1	2	8
... à la banque ou la caisse populaire?	1	2	8
... à l'église (synagogue ou temple)?	1	2	8

60. Est-ce qu'à l'occasion, elle vous rend des services à vous ou aux membres de sa famille d'accueil?

Oui	1
Non → PASSEZ A 62	2
Incapacité physique ou mentale → PASSEZ A 64A	3

61. Quel genre de services rend-elle?

Prêter de l'argent (endosser pour un emprunt)
Garder, amuser les enfants
Surveiller un domicile
Faire des commissions
Faire la cuisine
Faire du bricolage
Faire de la couture, du tricot
Autre (PRECISEZ)_____

62. Lui arrive-t-il à l'occasion d'aider de façon bénévole d'autres personnes ou groupes de personnes?

Oui	1
Non → PASSEZ A 65A	2
NSP → PASSEZ A 65A	8

63A. De quelle façon les aide-t-elle?

_____

_____

63B. Diriez-vous que cette personne consacre beaucoup, moyennement ou peu d'heures par semaine à de telles activités d'aide?

Beaucoup	1
Moyennement	2
Peu	3
NSP	8

64A. Cette personne âgée a-t-elle habituellement besoin d'aide pour s'alimenter?

Oui	1
Non → PASSEZ A 65A	2
NSP → PASSEZ A 65A	8

64B. Habituellement, qui l'aide à manger?

Un membre de la famille d'accueil	1
Un(e) bénévole	1
Le répondant	1
Le (la) conjoint(e) du répondant	1
Un membre de la famille de la personne âgée	1
Autre (Précisez): _____	1

65A. Est-ce que cette personne âgée a habituellement besoin d'aide pour faire sa toilette?

Oui	1
Non → PASSEZ A 66A	2
NSP → PASSEZ A 66A	8

65B. Habituellement, qui l'aide à faire sa toilette?

Un membre vivant dans la famille d'accueil	1
Le répondant	1
Le (la) conjoint(e) du répondant	1
Un membre de sa famille	1
Autre (PRECISEZ)_____	1

66A. Est-ce que cette personne âgée a habituellement besoin d'aide pour se déplacer à l'intérieur de la maison où elle habite?

Oui	1
Non → PASSEZ A 67A	2
Incapacité physique → PASSEZ A 68A	3
NSP → PASSEZ A 67A	8

66B

66B. Habituellement, qui l'aide à se déplacer à l'intérieur de cette maison?

Un membre vivant dans la famille d'accueil	1
Le répondant	1
Le (la) conjoint(e) du répondant	1
Un membre de sa famille	1
Ses amis	1
Autre (PRECISEZ): _____	1

67A. Est-ce que cette personne âgée a habituellement besoin de se faire accompagner pour sortir?

Oui	1
Non → PASSEZ A 68A	2
Incapacité physique ou mentale → PASSEZ A 68A	3
NSP → PASSEZ A 68A	8

67B. Habituellement, qui l'accompagne pour sortir?

Un membre vivant dans la famille d'accueil → PASSEZ A 68A	1
Le répondant → PASSEZ A 68A	1
Le (la) conjoint(e) du répondant → PASSEZ A 68A	1
Un membre de sa famille → PASSEZ A 68A	1
Un ami → PASSEZ A 68A	1
Un voisin → PASSEZ A 68A	1
Quelqu'un d'un d'organisme communautaire (ex.: Age d'Or, Groupes bénévoles) → PASSEZ A 67D	1
Autre (PRECISEZ): _____ → PASSEZ A 67D	1
Aucune aide reçue	1
NSP → PASSEZ A 68A	1

67C Y a-t-il eu demande d'aide ...

	Oui	Non	NSP
... au C.L.S.C.?	1	2	8
... ailleurs? (PRECISEZ): _____	1	2	8

(au moins 1 mention) → 67D

(TOUS 2) PASSEZ A 67E

(TOUS 8) PASSEZ A 68A

67D. Qui en a fait la demande?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ): _____	4
NSP	8

PASSEZ A 68A

(Si aucune demande)

67E Pourquoi n'a-t-on pas fait une telle demande?

_____

_____

68A. Arrive-t-il à cette personne âgée de recevoir la visite d'un médecin en famille d'accueil?

Oui → PASSEZ A 68D	1
Non	2
NSP → PASSEZ A 68D	8

68B. En aurait-elle besoin?

Oui	1
Non → PASSEZ A 68D	2

68C Pourquoi n'a-t-on pas fait une telle demande?

_____

_____

68D. Est-ce que cette personne âgée reçoit (ou a reçu) des soins de la part d'infirmiers (ères) en famille d'accueil?

Oui	1
Non → PASSEZ A 68G	2
NSP → PASSEZ A 69	8

68E

68E. S'agit-il (s'agissait-il) d'infirmiers(ères) ...

... du C.L.S.C.	1
... de l'hôpital	2
... d'un organisme privé	3
Autre (PRECISEZ): _____	4
NSP	8

68F. Qui a fait les démarches pour obtenir ce service?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ) _____	4
NSP	8

PASSEZ A 69

68G. En aurait-elle besoin?

Oui	1
Non → PASSEZ A 69	2

68H. Y a-t-il eu demande d'aide ...

	Oui	Non	NSP
... au C.L.S.C.?	1	2	8
... à l'hôpital?	1	2	8
... ailleurs? (PRECISEZ): _____	1	2	8

(au moins 1 mention)

(TOUS 2) PASSEZ A 68J

(TOUS 8) PASSEZ A 69

68I Qui en a fait la demande?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ): _____	4
NSP	8

PASSEZ A 69

(Si aucune demande)

68J Pourquoi n'a-t-on pas fait une telle demande?

_____

_____

69. A votre connaissance, un(e) travailleur(se) social(e) rend-il(elle) régulièrement visite à cette personne âgée?

Oui	1
Non	2
Ne sait pas	8

70A. Est-ce que cette personne âgée participe à l'occasion à certaines activités de loisirs à l'extérieur de la famille d'accueil avec ou sans sa famille?

Oui	1
Non → PASSEZ A 71A	2
Incapacité physique ou mentale → PASSEZ A 71A	3
NSP → PASSEZ A 71A	8

70B. A quelles activités participe-t-elle?

_____

_____

71A. Au cours de la dernière année, avez-vous personnellement apporté de l'aide financière à cette personne âgée?

Oui	1
Non → PASSEZ A 71C	2

71B

71B. Etait-ce ...

	Non	Oui	Combien? (par année)
... pour des prescriptions, des traitements, l'achat ou la location d'équipement spécial pour cette personne âgée	2	1 →	_____
... pour des soins ou des services donnés à la personne âgée	2	1 →	_____
... autre (précisez) _____ _____	2	1 →	_____

71C. Combien d'heures en moyenne par mois consacrez-vous à cette personne âgée?

Moins de 3 heures par mois	1
De 3 à 5 heures par mois	2
De 6 à 8 heures par mois	3
9 heures et plus par mois	4
NSP	8

71D. Voici une liste de situations que des personnes qui aident une personne âgée peuvent avoir à rencontrer. Diriez-vous de chacune de ces situations qu'elle est tout à fait vrai, plutôt vrai, plutôt fausse ou tout à fait fausse dans votre cas?

	Tout à fait vrai	Plutôt vrai	Plutôt fausse	Tout à fait fausse	NAP
a) L'aide que vous apportez à cette personne vous oblige à consacrer moins de temps à votre conjoint(e) ou à vos enfants	1	2	3	4	9
b) Le fait de vous occuper de cette personne âgée vous crée des problèmes avec les autres membres de la famille (autres que conjoint(e) et enfants)	1	2	3	4	9
c) L'aide que vous apportez à cette personne âgée limite vos temps libres	1	2	3	4	9

72A. Est-ce qu'une demande a déjà été faite pour que cette personne ait une place ...

	Oui	Non	NSP
...dans une autre famille d'accueil?	1	2	8
...en centre d'accueil?	1	2	8
...dans un HLM?	1	2	8
...ailleurs? (PRECISEZ): _____	1	2	8

(au moins 1 mention)

(TOUS 2 OU 8) PASSEZ A 74

72B. Depuis combien de temps cette demande est-elle faite? **(Si plusieurs demandes, prendre la première)**

A. Autre famille d'accueil : _____ mois
B. Centre d'accueil : _____ mois
C. HLM : _____ mois
D. Ailleurs : _____ mois

73. Selon vous, est-il très urgent, urgent, peu urgent ou pas du tout urgent qu'elle ait sa place?

Très urgent	1
Urgent	2
Peu urgent	3
Pas du tout urgent	4
NSP	8

74. En général, diriez-vous que le fait de vous occuper de cette personne âgée est, au plan moral ...

Très facile	1
Facile	2
Difficile	3
Très difficile à supporter	4
Ne sait pas	8

75. Compte tenu de sa situation actuelle, croyez-vous que la meilleure solution pour cette personne âgée est encore de vivre là où elle vit actuellement?

Oui	1
Non	2
NSP	8

76. Si son état de santé se détériorait, quelle serait, selon vous, la meilleure solution pour cette personne âgée ...

	... Qu'elle continue de vivre là où elle vit actuellement	1
	... Qu'elle ait une place en centre d'accueil	2
(A coder)	Autre (Précisez): _____	3
	NSP	8

77. Selon vous, cette personne âgée a-t-elle reçu toute l'aide et tous les services qu'elle aurait pu attendre de sa famille d'accueil?

Oui	1
Non	2
NSP	8

78. Selon vous, cette personne âgée a-t-elle reçu toute l'aide et tous les services qu'elle aurait pu attendre du secteur public?

Oui	1
Non	2
NSP	8

79A. Depuis qu'elle est en famille d'accueil, cette personne âgée a-t-elle déjà eu de l'aide de groupes bénévoles (ou groupes de quartiers)?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 80A	2
NSP	→ PASSEZ A 80A	8

79B. Diriez-vous qu'en général, cette personne âgée a reçu toute l'aide et tous les services qu'elle aurait pu attendre de ces groupes bénévoles (groupes de quartiers)?

Oui	1
Non	2
NSP	8

80A. Vous êtes-vous personnellement occupé(e) de trouver une place en famille d'accueil pour cette personne âgée?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 80C	2

80B

80B. Les personnes que vous avez rencontrées au cours de vos démarches se sont-elles montrées ...

	Très	Assez	Peu	Pas du tout
a) ... disponibles?	1	2	3	4
b) ... efficaces?	1	2	3	4
c) ... compréhensives? .	1	2	3	4

80C. Depuis l'entrée de cette personne âgée en famille d'accueil, vous est-il arrivé de faire personnellement des démarches pour cette personne âgée auprès des Services de Santé ou des Services Sociaux?

Oui 1
Non → PASSEZ A 80E 2

80D. Les résultats de ces démarches vous sont-ils apparus ...

a) ... très satisfaisants? 1
b) ... plutôt satisfaisants? 2
c) ... plutôt insatisfaisants? 3
d) ... très insatisfaisants? 4
NSP 8

80E. FIN DE L'ENTREVUE : REMERCIEZ ET TERMINEZ L'ENTREVUE

Pour les personnes âgées en centre hospitalier
Si personne âgée en centre d'accueil

→ PASSEZ A 94, PAGE 44

81A. Depuis combien de temps cette personne âgée est-elle hospitalisée?

_____ mois
ou
_____ années

81B. Est-elle actuellement ...

a) ... dans un hôpital général?
b) ... ou dans un hôpital de soins de longue durée ou soins prolongés (pour personnes âgées)?

82A. Cette personne âgée a-t-elle habituellement besoin d'aide pour s'alimenter?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 83A	2
NSP	→ PASSEZ A 83A	8

82B. Habituellement qui l'aide à manger?

Le personnel de l'hôpital	1
Un(e) bénévole	1
Le répondant	1
Le (la) conjoint(e) du répondant	1
Un membre de la famille de la personne âgée	1
Autre (Précisez): _____	1

83A. Est-ce que cette personne âgée a besoin d'aide pour faire sa toilette?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 84A	2
NSP	→ PASSEZ A 84A	8

83B

83B. Habituellement, qui l'aide à faire sa toilette?

Le personnel de l'hôpital	1
Le répondant	1
Le (la) conjoint(e) du répondant	1
Un membre de sa famille	1
Autre (PRECISEZ): _____	1

84A Est-ce que cette personne âgée a habituellement besoin d'aide pour se déplacer à l'intérieur de l'hôpital?

Oui	1
Non → PASSEZ A 85A	2
Incapacité physique → PASSEZ A 86	3
NSP → PASSEZ A 85A	8

84B Habituellement, qui l'aide à se déplacer à l'intérieur de l'hôpital?

Le personnel de l'hôpital	1
Le répondant	1
Le (la) conjoint(e) du répondant	1
Un membre de sa famille	1
Ses amis	1
Autre (PRECISEZ): _____	1

85A. Est-ce que cette personne âgée a habituellement besoin de <u>se faire accompagner pour sortir</u>?

Oui	1
Non → PASSEZ A 86	2
Incapacité physique ou mentale → PASSEZ A 86	3
NSP → PASSEZ A 86	8

85B. Habituellement, qui l'accompagne pour sortir?

Le personnel de l'hôpital → PASSEZ A 86	1
Le répondant → PASSEZ A 86	1
Le (la) conjoint(e) du répondant → PASSEZ A 86	1
Un membre de sa famille → PASSEZ A 86	1
Des amis → PASSEZ A 86	1
Quelqu'un d'un organisme communautaire (ex.: Age d'Or, Groupes bénévoles) → PASSEZ A 85D	1
Autre (PRECISEZ): _____ → PASSEZ A 85D	1
Aucune aide reçue	1
NSP → PASSEZ A 86	1

85C

85C. Y a-t-il eu demande d'aide ...

	Oui	Non	NSP
... au C.L.S.C.?	1	2	8
... à l'hôpital?	1	2	8
... ailleurs? (PRECISEZ): _____	1	2	8

(au moins 1 mention)

(TOUS 2) PASSEZ A 85E

(TOUS 8) PASSEZ A 86

85D. Qui en a fait la demande?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ): _____	4
NSP	8

PASSEZ A 86

(Si aucune demande)

85E. Pourquoi n'a-t-on pas fait une telle demande?

_____

_____

86. À votre connaissance, est-ce que cette personne âgée participe à l'occasion certaines activités de loisir à l'extérieur de l'hôpital avec ou sans sa famille?

Oui	1
Non	2
Incapacité physique ou mentale	3
NSP	8

87A. Au cours de la dernière année, avez-vous personnellement apporté de l'aide financière à cette personne âgée?

Oui	1
Non → PASSEZ A 87C	2

87B

87B. Etait-ce ...

	Non	Oui	Combien? (par année)
... pour des prescriptions, des traitements ou l'achat ou la location d'équipement spécial pour cette personne âgée	2	1 →	_____
... pour des soins ou des services donnés à la personne âgée	2	1 →	_____
... autre (précisez) _____ _____	2	1 →	_____

87C. Combien d'heures en moyenne par mois consacrez-vous à cette personne âgée?

Moins de 3 heures par mois	1
De 3 à 5 heures par mois	2
De 6 à 8 heures par mois	3
9 heures et plus par mois	4
NSP	8

87D. Voici une liste de situations que des personnes qui aident une personne âgée peuvent avoir à rencontrer. Diriez-vous de chacune de ces situations qu'elle est tout à fait vrai, plutôt vrai, plutôt fausse ou tout à fait fausse dans votre cas?

	Tout à fait vrai	Plutôt vrai	Plutôt fausse	Tout à fait fausse	NAP
a) L'aide que vous apportez à cette personne vous oblige à consacrer moins de temps à votre conjoint(e) ou à vos enfants	1	2	3	4	9
b) Le fait de vous occuper de cette personne âgée vous crée des problèmes avec les autres membres de la famille (autres que conjoint(e) et enfants)	1	2	3	4	9
c) L'aide que vous apportez à cette personne âgée limite vos temps libres	1	2	3	4	9

88A. Est-ce qu'une demande a été faite depuis qu'elle hospitalisée pour que cette personne ait une place ...

	Oui	Non	NSP
...dans un centre d'accueil?	1	2	8
...dans une famille d'accueil?	1	2	8
...dans un HLM?	1	2	8
...ailleurs? (PRECISEZ): _____	1	2	8

(au moins 1 mention)

(TOUS 2 OU 8)
PASSEZ A 89B

88B. Depuis combien de temps cette demande est-elle faite?
(Si plusieurs demandes, prendre la première)

A. Centre d'accueil : _____ mois
B. Famille d'accueil: _____ mois
C. HLM : _____ mois
D. Ailleurs : _____ mois

89A. Selon vous, est-il très urgent, urgent, peu urgent ou pas du tout urgent qu'elle ait sa place?

Très urgent	1
Urgent	2
Peu urgent	3
Pas du tout urgent	4
NSP	8

89B. En général, diriez-vous que le fait de vous occuper de cette personne âgée est, au plan moral ...

Très facile	1
Facile	2
Difficile	3
Très difficile à supporter	4
Ne sait pas	8

90. Croyez-vous que cette personne âgée va pouvoir sortir de cet hôpital?

Oui	1
Non → PASSEZ A 92B	2
NSP → PASSEZ A 93A	8

91. Où ira-t-elle alors (après sa sortie de cet hôpital)?

Dans un hôpital de soins prolongés → PASSEZ A 92B	01
Dans une maison pour convalescents	02
Dans un centre d'accueil	03
Dans une famille d'accueil	04
Chez un membre de sa famille	05
Chez elle (dans sa maison ou son logement)	06
Dans une maison de chambres	07
Autre (PRECISEZ): _____	08
Ne sait pas → PASSEZ A 93A	98

92A. Habitait-elle déjà là avant son entrée à l'hôpital?

Oui → PASSEZ A 93A	1
Non	2
NSP → PASSEZ A 93A	8

92B. Où habitait-elle avant son entrée à l'hôpital?

Dans une maison pour convalescents	1
Dans un centre d'accueil	2
Dans une famille d'accueil	3
Chez un membre de sa famille	4
Chez elle (dans sa maison ou son logement)	5
Dans une maison de chambres	6
Autre (PRECISEZ): _____	7

93A. Selon vous, cette personne âgée a-t-elle reçu toute l'aide et tous les services qu'elle aurait pu attendre du secteur public?

Oui	1
Non	2
Ne sait pas	8

93B. Depuis l'entrée de cette personne âgée à l'hôpital, vous est-il arrivé de faire personnellement des démarches pour cette personne âgée auprès des Services de Santé ou des Services Sociaux?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 93D	2

93C. Les résultats de ces démarches vous sont-ils apparus ...

a)	... très satisfaisants?	1
b)	... plutôt satisfaisants?	2
c)	... plutôt insatisfaisants?	3
d)	... très insatisfaisants?	4
	NSP	8

93D. Diriez-vous que, de façon générale, on vous a informé de l'état de santé de cette personne âgée ...

... de façon très satisfaisante?	1
... de façon satisfaisante?	2
... de façon insatisfaisante?	3
... de façon très insatisfaisante?	4
NSP	8

93E. FIN DE L'ENTREVUE : REMERCIEZ ET TERMINEZ L'ENTREVUE

Pour les personnes âgées vivant en centre d'accueil

94. La personne âgée est-elle en centre d'accueil de façon temporaire (en dépannage)...

Oui	1
Non	2

95. Depuis combien de temps y vit-elle?

_____ mois
ou
_____ années

96. Est-ce que cette personne âgée va encore, qu'elle soit accompagnée ou non, ...

	Oui	Non	NSP
... à la pharmacie?	1	2	8
... au dépanneur ou à l'épicerie?	1	2	8
... à la banque ou à la caisse populaire?	1	2	8
... à l'église (synagogue ou temple)?	1	2	8

97. Est-ce qu'à l'occasion, elle vous rend des services à vous ou aux autres membres de la famille?

Oui	1
Non → PASSEZ A 99	2
Incapacité physique ou mentale → PASSEZ A 101	3

98. Quel genre de services rend-elle?

Prêter de l'argent (endosser pour un emprunt)	1
Garder, amuser les enfants	1
Surveiller un domicile	1
Faire des commissions	1
Faire la cuisine (ex.: "sucre à la crème")	1
Faire du bricolage	1
Faire de la couture, du tricot	1
Autre (PRECISEZ)_____	1

99. Cette personne âgée a-t-elle habituellement besoin d'aide pour s'alimenter?

Oui	1
Non ⟶ PASSEZ A 101	2
NSP ⟶ PASSEZ A 101	8

100. Habituellement, qui l'aide à manger?

Le personnel du centre d'accueil	1
Un(e) bénévole	1
Le répondant	1
Le (la) conjoint(e) du répondant	1
Un membre de la famille	1
Autre (Précisez): _____	1

101. Est-ce que cette personne âgée a habituellement besoin d'aide pour faire sa toilette?

Oui	1
Non ⟶ PASSEZ A 103	2
NSP ⟶ PASSEZ A 103	8

102. Habituellement, qui l'aide à faire sa toilette?

Le personnel du Centre d'accueil	1
Le répondant	1
Le (la) conjoint(e) du répondant	1
Un membre de sa famille	1
Autre (PRECISEZ): _____	1

103. Est-ce que cette personne âgée a habituellement besoin d'aide pour se déplacer à l'intérieur du Centre d'accueil?

Oui	1
Non ⟶ PASSEZ A 105A	2
Incapacité physique ⟶ PASSEZ A 107	3
NSP ⟶ PASSEZ A 105A	8

104. Habituellement, qui l'aide à se déplacer à l'intérieur du Centre d'accueil?

Le personnel du Centre d'accueil	1
Le répondant	1
Le (la) conjoint(e) du répondant	1
Un membre de sa famille	1
Ses amis	1
Autre (PRECISEZ): _____	1

105A Est-ce que cette personne âgée a habituellement besoin de se faire accompagner pour sortir?

Oui	1
Non → PASSEZ A 106	2
Incapacité physique ou mentale → PASSEZ A 107	3
NSP → PASSEZ A 106	8

105B Habituellement, qui l'accompagne pour sortir?

Le personnel de Centre d'accueil → PASSEZ A 106	1
Le répondant → PASSEZ A 106	1
Le (la) conjoint(e) du répondant → PASSEZ A 106	1
Un membre de sa famille → PASSEZ A 106	1
Quelqu'un d'un organisme communautaire (ex.: Age d'Or, Groupes bénévoles) → PASSEZ A 105D	1
Autre (PRECISEZ): _____ → PASSEZ A 105D	1
Aucune aide reçue	1
NSP → PASSEZ A 106	1

105C Y a-t-il eu demande d'aide ...

	Oui	Non	NSP
... au C.L.S.C.?	1	2	8
... ailleurs?	1	2	8

(au moins 1 mention)

(TOUS 2) PASSEZ A 105E

(TOUS 8) PASSEZ A 106

105D Qui en a fait la demande?

La personne âgée elle-même	1
Le répondant	2
Le (la) conjoint(e) du répondant	3
Autre (PRECISEZ): _____	4
NSP	8

PASSEZ A 106

(Si aucune demande)

105E Pourquoi n'a-t-on pas fait une telle demande?

_____ _____

_____ _____

106. Est-ce que cette personne âgée participe à l'occasion à certaines activités de loisirs à l'extérieur du Centre d'accueil avec ou sans sa famille?

Oui	1
Non	2
Incapacité physique ou mentale	3
NSP	8

107A Au cours de la dernière année, avez-vous personnellement apporté de l'aide financière à cette personne âgée?

Oui	1
Non → PASSEZ À 107C	2

107B Etait-ce ...

	Non	Oui	Combien? (par année)
... pour des prescriptions, des traitements, l'achat ou la location d'équipement spécial pour cette personne âgée	2	1 →	_____
... pour des soins ou des services donnés à cette personne âgée	2	1 →	_____
... autre (précisez) ____ _____	2	1 →	_____

107C Combien d'heures en moyenne par mois consacrez-vous à cette personne âgée?

Moins de 3 heures par mois	1
De 3 à 5 heures par mois	2
De 6 à 8 heures par mois	3
9 heures et plus par mois	4
NSP	8

107D Voici une liste de situations que des personnes qui aident une personne âgée peuvent avoir à rencontrer. Diriez-vous de chacune de ces situations qu'elle est tout à fait vrai, plutôt vrai, plutôt fausse ou tout à fait fausse dans votre cas?

	Tout à fait vrai	Plutôt vrai	Plutôt fausse	Tout à fait fausse	NAP
a) L'aide que vous apportez à cette personne vous oblige à consacrer moins de temps à votre conjoint(e) ou à vos enfants	1	2	3	4	9
b) Le fait de vous occuper de cette personne âgée vous crée des problèmes avec les autres membres de la famille (autres que conjoint(e) et enfants)	1	2	3	4	9
c) L'aide que vous apportez à cette personne âgée limite vos temps libres	1	2	3	4	9

108A Depuis qu'elle est dans ce centre d'accueil, une demande a-t-elle déjà été faite, pour que cette personne âgée ait une place ...

	Oui	Non	NSP
...dans un autre centre d'accueil?	1	2	8
...dans une famille d'accueil?	1	2	8
...dans un HLM?	1	2	8
...ailleurs? (PRECISEZ): _____	1	2	8

(au moins 1 mention)

(TOUS 2 OU 8)
PASSEZ A 109B

108B

108B Depuis combien de temps cette demande est-elle faite?
(Si plusieurs demandes, prendre la première)

A. Autre centre d'accueil : _____ mois
B. Famille d'accueil: _____ mois
C. HLM : _____ mois
D. Ailleurs : _____ mois

109A Selon vous, est-il très urgent, urgent, peu urgent ou pas du tout urgent qu'elle ait sa place?

Très urgent	1
Urgent	2
Peu urgent	3
Pas du tout urgent	4
NSP	8

109B En général, diriez-vous que le fait de vous occuper de cette personne âgée est, au plan moral ...

... très facile	1
... facile	2
... difficile	3
... très difficile à supporter?	4
NSP	8

110. Compte tenu de sa situation actuelle, croyez-vous que la meilleure solution pour cette personne âgée est encore de vivre là où elle vit actuellement?

Oui	1
Non	2
Ne sait pas	8

111. Selon vous, depuis son entrée en Centre d'accueil, cette personne âgée a-t-elle reçu toute l'aide et les services qu'elle aurait pu attendre du centre d'accueil et d'autres services publics?

Oui	1
Non	2
Ne sait pas	8

112A Vous êtes-vous personnellement occupé(e) de trouver une place en centre d'accueil pour cette personne âgée?

Oui 1
Non → PASSEZ A 112E 2

112B Les personnes que vous avez rencontrées au cours de vos démarches se sont-elles montrées ...

	Très	Assez	Peu	Pas du tout
a) ... disponibles?	1	2	3	4
b) ... efficaces?	1	2	3	4
c) ... compréhensives? .	1	2	3	4

112C Depuis l'entrée de cette personne âgée en centre d'accueil, vous est-il arrivé de faire personnellement des démarches pour cette personne âgée auprès des Services de Santé ou des Services Sociaux?

Oui 1
Non → PASSEZ A 112E 2

112D Les résultats de ces démarches vous sont-ils apparus ...

a) ... très satisfaisants? 1
b) ... plutôt satisfaisants? 2
c) ... plutôt insatisfaisants? 3
d) ... très insatisfaisants? 4
NSP 8

112E Diriez-vous que, de façon générale, on vous a informé de l'état de santé de cette personne âgée ...

... de façon très satisfaisante? 1
... de façon satisfaisante? 2
... de façon insatisfaisante? 3
... de façon très insatisfaisante? 4
NSP 8

112F | FIN DE L'ENTREVUE : REMERCIEZ ET TERMINEZ L'ENTREVUE |

SOUFFRIR DE MAL DE DOS DE FACON CHRONIQUE

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet de vos maux de dos.

1. En général (sauf en état de crise), la douleur occasionnée par ce mal de dos est-elle (a-t-elle été) ...

... faible	1
... inconfortable	2
... forte	3
... insupportable	4
NSP	8

2. Diriez-vous que cette douleur est presque toujours présente?

Oui	1
Non	2
NSP	8

3. Vos maux de dos vous ont-ils déjà empêché d'aller travailler?

Oui ⟶ PASSEZ A 5	1
Non	2
Je ne travaille pas ⟶ PASSEZ A 6	3

4. Vous ont-ils déjà ralenti dans l'exécution de votre travail pour lequel vous recevez un salaire?

Oui	1
Non	2
Pas de travail rémunéré ⟶ PASSEZ A 6	3

5. Vos maux de dos vous ont-ils déjà causé des problèmes avec votre employeur?

Altercations avec l'employeur	1
Changement de poste	1
Rejet ou altercations avec les collègues	1
Mise à pied	1
Autre (PRECISEZ): _____	1

☐ Aucun

6. Vos maux de dos vous ont-ils déjà ralenti dans l'exécution de votre travail à la maison?

Oui	1
Non	2

7. Vos maux de dos vous ont-ils déjà empêché de faire du sport ou d'autres activités physiques?

Oui	1
Non	2

8. Selon vous, quelle est la principale cause de votre mal de dos? **(NE PAS LIRE)**

un accident ou une chute (survenu à la maison ou ailleurs)	1
une maladie identifiée par le médecin → PASSEZ A 11	2
des conditions de travail particulières → PASSEZ A 10	3
une grossesse ou à un accouchement → PASSEZ A 13	4
Autre (PRECISEZ): _____ → PASSEZ A 11	5
Ne sait pas → PASSEZ A 11	8

9. De quel genre d'accident s'agit-il?

Un accident de travail	1
Un accident de la route	2
Un accident ou une chute survenu à la maison	3
Un accident de sport ou activité physique	4
Autre: _____	5

PASSEZ A 11

10. A quelles conditions de travail pensez-vous?

a) Devoir lever, tirer ou pousser des charges lourdes	1
b) Devoir travailler penché en avant	1
c) Devoir travailler toujours debout	1
d) Devoir travailler toujours assis	1
e) Devoir travailler en rotation	1
f) Autre (précisez): _____	1

11. Avez-vous déjà reçu des dédommagements pour ce mal de dos?

Oui	1
Non ⟶ PASSEZ A 13	2

12. De quel organisme?

a) Commission de la santé et de la sécurité du travail (C.S.S.T., anciennement C.A.T.)	1
b) Régie de l'Assurance-Automobile du Québec (R.A.A.Q.)	1
c) Office des personnes handicapées du Québec (O.P.H.Q.)	1
d) Assurances personnelles	1
e) Dédommagement suite à un recours	1
f) Autre (PRECISEZ): _____	1

13. Avez-vous déjà consulté quelqu'un pour ce mal de dos?

Oui	1
Non ⟶ PASSEZ A 53, PAGE 24	2

14A. S'agit-il d'un médecin ou de quelqu'un d'autre?

(Filtre prioritaire)

Médecin	1
Quelqu'un d'autre (PRECISEZ): _____	2

Si physiothérapeute, PASSEZ A 37B, PAGE 14
Autres, PASSEZ A 50, PAGE 18

14B.

14B. Avez-vous vu un médecin généraliste (omnipraticien) ou un spécialiste?

(Filtre prioritaire)

Un généraliste 1
Un spécialiste → PASSEZ A 23A, PAGE 9 2

14C. Combien de médecins généralistes (omnipraticiens) avez-vous vus pour votre mal de dos?

Nombre: _____

Si aucun, PASSEZ A 23A, PAGE 9

Posez les questions suivantes pour le (ou le dernier) médecin rencontré

15A. Combien de temps s'est écoulé depuis la dernière fois que vous avez vu ce médecin pour votre dos?

_____ semaine(s)
_____ mois
_____ année(s)

15B. Combien de fois avez-vous rencontré ce médecin au sujet de ce mal de dos?

Nombre de fois: _____

SI UNE SEULE FOIS, PASSEZ A 16

15C. Sur quelle période de temps?

Nombre de mois: _____
ou année(s) : _____

16. Prévoyez-vous le rencontrer à nouveau dans les 3 prochains mois pour votre dos?

Oui 1
Non 2

17A. Ce médecin vous a-t-il aidé à mieux comprendre votre problème de dos?

Oui	1
Non	2
NSP	8

17B. Avez-vous l'impression que ce médecin vous a suffisamment examiné(e)?

Oui	1
Non	2
NSP	8

18A. Pour ce mal de dos, ce médecin vous a-t-il fait passer des examens radiologiques ou d'autres examens du genre?

Oui	1
Non	2

18B. Quels traitements, médicaments ou autres moyens de guérir ce mal de dos vous ont été prescrits par ce médecin (omnipraticien)? Vous a-t-il prescrit ...

	OUI	NON
... Une consultation auprès d'un médecin spécialiste	1	2
... Des traitements en physiothérapie	1	2
... Des infiltrations (ex.: cortisone...).	1	2
... Des médicaments (ex.: Robaxisal, aspirine...)	1	2
... Un corset (ou autre orthèse)	1	2

Si UNIQUEMENT consultation auprès d'un spécialiste, PASSEZ A 23A, PAGE 9; Autres, posez les questions suivantes.

18C. Ce médecin vous a-t-il fait connaître d'autres moyens que vous pouvez faire par vous-même pour vous soulager ou vous guérir de ce mal de dos?

Oui	1
Non → PASSEZ A 18E	2

18D

18D. Quels sont ces moyens?

1.	Repos	1
2.	Chaleur/glace	1
3.	Activité physique (exercices, sports)	1
4.	Changements de posture	1
5.	Changements dans l'alimentation	1
6.	Massages	1
7.	Appuis lombaires (coussins, oreillers, planches)	1
8.	Relaxation, détente, méditation	1
9.	Classe de dos	1
10.	Autre (PRECISEZ): _____	1

_____

18E. Ce médecin vous a-t-il suffisamment expliqué les traitements et les moyens proposés?

Oui	1
Non	2
NSP	8

19A. Avez-vous suivi la (ou les) recommandation(s) du médecin?

Oui, intégralement		1
Oui, partiellement		2
Non, aucunement	→ PASSEZ A 21B, PAGE 8	3

19B. a) Un mois après avoir commencé à suivre les recommandations de ce médecin, avez-vous pu constater une amélioration de votre état?

Oui	→ PASSEZ A c)	1
Non		2
Ne sait pas (traitement en cours)	→ PASSEZ A 22	8

b) Diriez-vous qu'un mois après, la douleur ressentie ...

... est demeurée stable?	1
... a légèrement augmenté?	2
... ou a grandement augmenté?	3

PASSEZ A 20

c) Diriez-vous qu'un mois après, la douleur ressentie ...

... a légèrement diminué?	1
... a grandement diminué?	2
... ou a complètement disparu?	3

20. Si c'était à refaire, pensez-vous que vous suivriez exactement de la même façon les recommandations que ce médecin vous a faites?

Oui	→ PASSEZ A 22	1
Non		2
NSP	→ PASSEZ A 22	8

21A. Pourquoi?

a) A cause du temps que ça prend (longueur des services et du traitement...)	1
b) A cause de la disponibilité que ça demande (sur les heures de travail...)	1
c) A cause des coûts que ça implique (transport, médicaments...)	1
d) A cause des effets secondaires des médicaments, des infiltrations, des traitements	1
e) A cause de l'inefficacité (partielle ou complète) de la recommandation	1
f) Autre (PRECISEZ): _____ _____	1

PASSEZ A 22

21B. Pourquoi n'avez-vous pas suivi les recommandations de ce médecin?

a) A cause du temps que ça prend (longueur des services et du traitement...)	1
b) A cause de la disponibilité que ça demande (sur les heures de travail...)	1
c) A cause des coûts que ça implique (transport, médicaments...)	1
d) A cause des effets secondaires des médicaments, des infiltrations, des traitements	1
e) A cause de l'inefficacité (partielle ou complète) de la recommandation	1
f) Autre (PRECISEZ): _____ _____	1

22. Prévoyez-vous rencontrer un autre omnipraticien dans les 3 prochains mois pour ce mal de dos?

Oui	1
Non	2
NSP	8

23A. Avez-vous vu un physiatre pour ce mal de dos?

Oui 1
Non → PASSEZ A 24A 2

23B. Combien?

Nombre: _____

24A. Avez-vous vu un orthopédiste pour ce mal de dos?

Oui 1
Non → PASSEZ A 24C 2

24B. Combien?

Nombre: _____

24C. Avez-vous vu un neurologue ou un neurochirurgien pour ce mal de dos?

Oui 1
Non → PASSEZ A 25A 2

24D. Combien?

Nombre: _____

Posez les questions suivantes pour le (ou le dernier) médecin spécialiste rencontré

Cocher physiatre ☐ orthopédiste ☐ neurologue ou neurochirurgien ☐

Si aucun des 3, PASSEZ A 37A, PAGE 14

25A. Combien de temps s'est écoulé depuis la dernière fois que vous avez vu ce médecin pour votre dos?

_____ semaine(s)
_____ mois
_____ année(s)

25B. Combien de fois l'avez-vous rencontré environ?

Nombre de fois: _____

Si une seule fois, PASSEZ A 27

26. Sur quelle période de temps?

Nombre de mois: _____
ou année(s) : _____

27. Quels frais non remboursés ces visites (cette visite) ont-elles (a-t-elle) entraînés pour vous?

Aucun	1
Perte d'heures de travail	1
Frais de gardiennage	1
Frais de transport	1
Frais de médicaments	1
Autre (PRECISEZ): _____	1
_____	
NSP	1

28. Prévoyez-vous rencontrer ce médecin spécialiste pour votre dos dans les 3 prochains mois?

Oui	1
Non	2
NSP	8

29A. Combien de temps avez-vous dû attendre avant d'obtenir un premier rendez-vous avec ce médecin spécialiste?

Nombre de semaines: _____
Nombre de mois : _____
ou année(s) : _____

29B. Etait-ce à l'hôpital ou à son bureau privé?

A l'hôpital	1
A son bureau privé	2

30A. Ce médecin vous a-t-il aidé à mieux comprendre votre problème de dos?

Oui	1
Non	2
NSP	8

30B. Avez-vous l'impression que ce spécialiste vous a suffisamment examiné(e)?

Oui	1
Non	2
NSP	8

31. Pour ce mal de dos, ce médecin spécialiste vous a-t-il fait passer des examens radiologiques ou d'autres examens du genre?

Oui	1
Non	2

32A. Quels traitements, médicaments ou autres moyens de guérir ce mal de dos vous ont été prescrits par ce médecin (spécialiste)? Vous a-t-il prescrit ...

	OUI	NON
... Des traitements en physiothérapie	1	2
... Des infiltrations	1	2
... Des médicaments	1	2
... Un corset (ou autre orthèse)	1	2

32B. Ce médecin vous a-t-il fait connaître d'autres moyens que vous pouvez faire par vous-même pour vous soulager ou vous guérir de ce mal de dos?

Oui	1
Non → PASSEZ A 32D	2

32C

32C. Quels sont ces moyens?

1. Repos	1
2. Chaleur/glace	1
3. Activité physique (exercices, sports)	1
4. Changements de posture	1
5. Changements dans l'alimentation	1
6. Massages	1
7. Appuis lombaires (coussins, oreillers, planches)	1
8. Relaxation, détente, méditation	1
9. Classe de dos	1
10. Autre (PRECISEZ): _____	1
_____	

32D. Ce médecin vous a-t-il suffisamment expliqué les traitements et les moyens proposés?

Oui	1
Non	2
NSP	8

33A. Avez-vous suivi les recommandations de ce médecin spécialiste?

Oui, intégralement	1
Oui, partiellement	2
Non, aucunement → PASSEZ A 34C	3

33B. a) Un mois après avoir commencé à suivre les recommandations de ce médecin, avez-vous pu constater une amélioration de votre état?

Oui → PASSEZ A c)	1
Non	2
Ne sait pas (traitement en cours) → PASSEZ A 35	8

b) Diriez-vous qu'un mois après la douleur ressentie ...

... est demeurée stable?	1
... a légèrement augmenté?	2
... ou a grandement augmenté?	3

PASSEZ A 34A

c) Diriez-vous qu'un mois après la douleur ressentie ...

... a légèrement diminué?	1
... a grandement diminué?	2
... ou a complètement disparu?	3

34A. Si c'était à refaire, pensez-vous que vous suivriez exactement de la même façon la (les) recommandation(s) que le médecin spécialiste vous a faite(s)?

Oui ⟶	PASSEZ A 35	1
Non		2
NSP ⟶	PASSEZ A 35	8

34B. Pourquoi?

a)	A cause du temps que ça prend (longueur des services et du traitement)	1
b)	A cause de la disponibilité que ça demande (sur les heures de travail)	1
c)	A cause des coûts que ça implique (transport, médicaments)	1
d)	A cause des effets secondaires des médicaments, infiltrations, traitements	1
e)	A cause de l'inefficacité (partielle ou complète) de la recommandation	1
f)	Autre (PRECISEZ): _____	
	_____	1

PASSEZ A 35

34C. Pourquoi n'avez-vous pas suivi les recommandations de ce médecin?

a)	A cause du temps que ça prend (longueur des services et du traitement)	1
b)	A cause de la disponibilité que ça demande (sur les heures de travail)	1
c)	A cause des coûts que ça implique (transport, médicaments)	1
d)	A cause des effets secondaires des médicaments, infiltrations, traitements	1
e)	A cause de l'inefficacité (partielle ou complète) de la recommandation	1
f)	Autre (PRECISEZ): _____	
	_____	1

35. Recommanderiez-vous à votre meilleur(e) ami(e) de voir un physiatre (ou orthopédiste ou neurologue, neurochirurgien) s'il (elle) avait mal au dos?

Oui	1
Non	2
NSP	8

36. Prévoyez-vous en rencontrer un autre dans les 3 prochains mois?

Oui	1
Non	2
NSP	8

37A. Avez-vous vu un physiothérapeute pour votre mal de dos?

Oui	1
Non → PASSEZ A 50, PAGE 18	2

37B. Combien avez-vous vu de physiothérapeutes?

Nombre: _____

Posez les questions suivantes pour le (ou le dernier) physiothérapeute rencontré

38A. Combien de temps avez-vous dû attendre avant d'obtenir un premier rendez-vous avec ce physiothérapeute?

Nombre de semaines: _____
Nombre de mois : _____
ou année(s) : _____

38B. Etait-ce à l'hôpital ou à son bureau privé?

A l'hôpital	1
A son bureau privé	2

38C. Avez-vous utilisé votre carte d'assurance-maladie pour recevoir vos traitements de physiothérapie?

Oui	1
Non	2
NSP	8

38D. Avez-vous eu à payer partiellement ou totalement pour vos traitements de physiothérapie?

Oui	1
Non	2
NSP	8

39A. Combien de temps s'est écoulé depuis la dernière fois que vous avez vu ce physiothérapeute pour votre dos?

_____ semaine(s)
_____ mois
_____ année(s)

39B. Combien de fois l'avez-vous rencontré environ?

Nombre de fois: _____

39C. Sur quelle période de temps?

Nombre de mois: _____
ou année(s) : _____

39D. A quelle fréquence alliez-vous (ou allez-vous) en physiothérapie?

Nombre de fois : _____ par semaine
Autre (PRECISEZ): _____

40. A part les frais de physiothérapie, quelles dépenses ces visites ont-elles entraînées?

Perte d'heures de travail	1
Frais de gardiennage	1
Frais de transport	1
Frais de médicaments	1
Autre (PRECISEZ): _____	
_____	1
NSP	1

41. Prévoyez-vous le rencontrer à ce sujet dans les 3 prochains mois?

Oui	1
Non	2
NSP	8

42. Ce physiothérapeute vous a-t-il aidé à mieux comprendre votre problème de dos?

Oui	1
Non	2
NSP	8

43. Avez-vous l'impression que le physiothérapeute vous a suffisamment examiné(e)?

Oui	1
Non	2
NSP	8

44A. Quels sont les traitements que vous avez reçus du physiothérapeute?

a) Chaleur ou glace	1
b) Electrothérapie (ultrasons, TENS, stimulation électrique, appareils électriques de la douleur, etc.)	1
c) Exercices généraux	1
d) Rééducation posturale globale (Mézières)	1
e) Thérapies manuelles (massages, mobilisation, ponçage, manipulations)	1
f) Tractions	1
g) Ostéopathie	1
h) Autres (PRECISEZ) _____	1

44B. Ce physiothérapeute vous a-t-il suffisamment expliqué les traitements et les moyens proposés?

Oui	1
Non	2
NSP	8

45. a) Un mois après avoir commencé à suivre les traitements de ce physiothérapeute, avez-vous pu constater une amélioration de votre état?

Oui ⟶ PASSEZ A c)	1
Non	2
Ne sait pas (traitement en cours) ⟶ PASSEZ A 47A	8

b) Diriez-vous qu'un mois après la douleur ressentie ...

... est demeurée stable?	1
... a légèrement augmenté?	2
... ou a grandement augmenté?	3

PASSEZ A 46A

c) Diriez-vous qu'un mois après la douleur ressentie ...

... a légèrement diminué?	1
... a grandement diminué?	2
... ou a complètement disparu?	3

46A. Si c'était à refaire, suivriez-vous encore des traitements de physiothérapie?

Oui → PASSEZ A 47A		1
Non		2
NSP → PASSEZ A 47A		8

46B. Pourquoi?

a)	A cause des frais de physiothérapie encourus	1
b)	A cause du temps que ça prend (longueur des services et du traitement)	1
c)	A cause de la disponibilité que ça demande (sur les heures de travail)	1
d)	A cause des coûts que ça implique (transport, médicaments)	1
e)	A cause de l'inefficacité (partielle ou complète) des traitements	1
f)	A cause des désagréments engendrés par les traitements	1
g)	Autre (PRECISEZ): _____	1
	_____	1

47A. Ce physiothérapeute vous a-t-il fait connaître d'autres moyens que vous pourriez faire par vous-même pour vous soulager ou vous guérir de ce mal de dos?

Oui		1
Non → PASSEZ A 48		2
NSP → PASSEZ A 48		8

47B. Quels moyens?

1.	Repos	1
2.	Chaleur/glace	1
3.	Activité physique (exercices, sports)	1
4.	Changements de posture	1
5.	Changements dans l'alimentation	1
6.	Massages	1
7.	Appuis lombaires (coussins, oreillers, planches)	1
8.	Relaxation, détente, méditation	1
9.	Classe de dos	1
10.	Autre (PRECISEZ): _____	1
	_____	1

48. Recommanderiez-vous à votre meilleur(e) ami(e) de voir un physiothérapeute s'il (elle) avait mal au dos?

Oui	1
Non	2
NSP	8

49. Prévoyez-vous en rencontrer un autre dans les 3 prochains mois?

Oui	1
Non	2
NSP	8

50. A part un médecin ou un physiothérapeute, avez-vous vu quelqu'un d'autre pour ce mal de dos?

Oui	1
Non → PASSEZ A 53, PAGE 24	2
NSP → PASSEZ A 53, PAGE 24	8

51

51. Qui avez-vous vu?

	a) Un chiropraticien	1
	b) Un ostéopathe	1
	c) Un acupuncteur	1
	d) Un praticien de l'anti-gymnastique (douce)	1
	e) Un(e) masseur(se)	1
(A coder)	f) Autre (PRECISEZ): _____	1
	_____	

Pratiques alternatives

52. Praticien consulté (Reproduire la réponse de la question 51)

_____	_____	_____
1	2	3

A) **Qui vous a conseillé de voir un ...**

(Possibilité de plusieurs réponses)

1. Omnipraticien	1. Omnipraticien	1. Omnipraticien
2. Physiatre	2. Physiatre	2. Physiatre
3. Orthopédiste	3. Orthopédiste	3. Orthopédiste
4. Neurologue ou neurochirurgien	4. Neurologue ou neurochirurgien	4. Neurologue ou neurochirurgien
5. Physiothérapeute	5. Physiothérapeute	5. Physiothérapeute
6. Ergothérapeute	6. Ergothérapeute	6. Ergothérapeute
7. Infirmière	7. Infirmière	7. Infirmière
8. Un praticien de thérapies "alternatives"	8. Un praticien de thérapies "alternatives"	8. Un praticien de thérapies "alternatives"
9. Un ami ou un parent	9. Un ami ou un parent	9. Un ami ou un parent
10. Une connaissance	10. Une connaissance	10. Une connaissance
11. Aucun	11. Aucun	11. Aucun

B) **Ce praticien vous a-t-il aidé à mieux comprendre votre problème de dos?**

1. Oui	1. Oui	1. Oui
2. Non	2. Non	2. Non
8. NSP	8. NSP	8. NSP

C) **Ce praticien vous a-t-il suffisamment expliqué les traitements proposés?**

1. Oui	1. Oui	1. Oui
2. Non	2. Non	2. Non
8. NSP	8. NSP	8. NSP

D) **Avez-vous eu l'impression que ce praticien vous a suffisamment examiné(e)?**

1. Oui	1. Oui	1. Oui
2. Non	2. Non	2. Non
8. NSP	8. NSP	8. NSP

E1) **L'avez-vous rencontré de façon régulière ou de façon irrégulière?**

1. De façon régulière	1. De façon régulière	1. De façon régulière
2. De façon irrégulière (PASSEZ A E3)	2. De façon irrégulière (PASSEZ A E3)	2. De façon irrégulière (PASSEZ A E3)

E2) **Durant combien de temps avez-vous été suivi(e) par ce praticien?**

Nombre de semaines _____	Nombre de semaines _____	Nombre de semaines _____
ou	ou	ou
Nombre de mois _____	Nombre de mois _____	Nombre de mois _____

E3) **Durant tout ce temps étiez-vous suivi(e) par un médecin pour le même problème?**

1. Oui	1. Oui	1. Oui
2. Non	2. Non	2. Non

F) **Avez-vous eu à débourser personnellement pour les traitements suivis?**

1. Oui	1. Oui	1. Oui
2. Non	2. Non	2. Non
8. NSP	8. NSP	8. NSP

G) **A part les frais de consultation, quelles dépenses ces visites ont-elles entraînées?**

(Possibilité de plusieurs réponses)

0) Aucune	0) Aucune	0) Aucune
1) Frais de gardiennage	1) Frais de gardiennage	1) Frais de gardiennage
2) Frais de transport	2) Frais de transport	2) Frais de transport
3) Frais de médicaments	3) Frais de médicaments	3) Frais de médicaments
4) Perte d'heures de travail	4) Perte d'heures de travail	4) Perte d'heures de travail
5) Autre (PRECISEZ) _____ _____	5) Autre (PRECISEZ) _____ _____	5) Autre (PRECISEZ) _____ _____
8) NSP	8) NSP	8) NSP

H) **Prévoyez-vous rencontrer ce praticien à ce sujet dans les trois prochains mois?**

1. Oui	1. Oui	1. Oui
2. Non	2. Non	2. Non
8. NSP	8. NSP	8. NSP

I) **Un mois après avoir commencé à suivre les traitements ou recommandations de ce praticien, avez-vous pu constater une amélioration de votre état?**

1. Oui (PASSEZ A K)	1. Oui (PASSEZ A K)	1. Oui (PASSEZ A K)
2. Non	2. Non	2. Non
8. Ne sait pas (traitement en cours) (PASSEZ A L)	8. Ne sait pas (traitement en cours) (PASSEZ A L)	8. Ne sait pas (traitement en cours) (PASSEZ A L)

J) **Diriez-vous qu'un mois après la douleur ressentie ...**

... 1. est demeurée stable?	... 1. est demeurée stable?	... 1. est demeurée stable?
... 2. a légèrement augmenté?	... 2. a légèrement augmenté?	... 2. a légèrement augmenté?
... 3. a grandement augmenté?	... 3. a grandement augmenté?	... 3. a grandement augmenté?
(PASSEZ A L)	(PASSEZ A L)	(PASSEZ A L)

K) **Diriez-vous qu'un mois après la douleur ressentie ...**

... 1. a légèrement diminué?	... 1. a légèrement diminué?	... 1. a légèrement diminué?
... 2. a grandement diminué?	... 2. a grandement diminué?	... 2. a grandement diminué?
... 3. a complètement disparu?	... 3. a complètement disparu?	... 3. a complètement disparu?

L) **Si c'était à refaire, retourneriez-vous voir un ...**

1. Oui (PASSEZ A N)	1. Oui (PASSEZ A N)	1. Oui (PASSEZ A N)
2. Non	2. Non	2. Non
8. NSP (PASSEZ A N)	8. NSP (PASSEZ A N)	8. NSP (PASSEZ A N)
M)	M)	M)

M) **Pourquoi?**

(Possibilité de plusieurs réponses)

1. A cause des frais de consultation	1. A cause des frais de consultation	1. A cause des frais de consultation
2. A cause des coûts impliqués (transport, garde, perte d'heures de travail)	2. A cause des coûts impliqués (transport, garde, perte d'heures de travail)	2. A cause des coûts impliqués (transport, garde, perte d'heures de travail)
3. A cause du temps que ça prend (longueur des séances et des traitements)	3. A cause du temps que ça prend (longueur des séances et des traitements)	3. A cause du temps que ça prend (longueur des séances et des traitements)
4. A cause de la disponibilité que ça demande (sur les heures de travail)	4. A cause de la disponibilité que ça demande (sur les heures de travail)	4. A cause de la disponibilité que ça demande (sur les heures de travail)
5. A cause de l'inefficacité (partielle ou complète) du traitement	5. A cause de l'inefficacité (partielle ou complète) du traitement	5. A cause de l'inefficacité (partielle ou complète) du traitement
6. A cause des effets secondaires des médicaments, traitements	6. A cause des effets secondaires des médicaments, traitements	6. A cause des effets secondaires des médicaments, traitements
7. A cause des exigences demandées (exercices chez soi, ...)	7. A cause des exigences demandées (exercices chez soi, ...)	7. A cause des exigences demandées (exercices chez soi, ...)
8. Autre (PRECISEZ) _____ _____	8. Autre (PRECISEZ) _____ _____	8. Autre (PRECISEZ) _____ _____

N) **Ce praticien vous a-t-il fait connaître d'autres moyens que vous pouvez <u>faire par vous-même</u> pour vous soulager ou vous guérir de ce mal de dos?**

1. Oui 2. Non (PASSEZ A P) 8. NSP (PASSEZ A P) O)	1. Oui 2. Non (PASSEZ A P) 8. NSP (PASSEZ A P) O)	1. Oui 2. Non (PASSEZ A P) 8. NSP (PASSEZ A P) O)

O) **Quels sont ces moyens?**

(Possibilité de plusieurs réponses)

1. Repos	1. Repos	1. Repos
2. Chaleur/glace	2. Chaleur/glace	2. Chaleur/glace
3. Activité physique (exercices, sports)	3. Activité physique (exercices, sports)	3. Activité physique (exercices, sports)
4. Changements de posture	4. Changements de posture	4. Changements de posture
5. Changements dans l'alimentation	5. Changements dans l'alimentation	5. Changements dans l'alimentation
6. Massages	6. Massages	6. Massages
7. Appuis lombaires (coussins, oreillers, planches)	7. Appuis lombaires (coussins, oreillers, planches)	7. Appuis lombaires (coussins, oreillers, planches)
8. Relaxation, détente, méditation	8. Relaxation, détente, méditation	8. Relaxation, détente, méditation
9. Classe de dos	9. Classe de dos	9. Classe de dos
10. Autre (PRECISEZ): _____ _____	10. Autre (PRECISEZ): _____ _____	10. Autre (PRECISEZ): _____ _____

P) **Recommanderiez-vous à votre meilleur(e) ami(e) de voir un ...**

s'il (elle) avait mal au dos?

1. Oui	1. Oui	1. Oui
2. Non	2. Non	2. Non
8. NSP	8. NSP	8. NSP

Q) **Prévoyez-vous rencontrer un autre ...**

dans les 3 prochains mois?

1. Oui	1. Oui	1. Oui
2. Non	2. Non	2. Non
8. NSP	8. NSP	8. NSP

53. A part ce dont nous venons de parler, avez-vous fait autre chose pour soulager ou guérir votre mal de dos?

	Oui	1
	Non → PASSEZ A 60, PAGE 27	2
	NSP → PASSEZ A 60, PAGE 27	8

54.

54. Qu'avez-vous fait?

	a) Pris du repos	1
	b) Appliqué de la chaleur/glace	1
	c) Faire faire des massages par un(e) ami(e) (incluant réflexologie)	1
	d) Fait de l'activité physique (sports, exercices)	1
	e) Surveillé votre alimentation	1
	f) Fait de la méditation, de la relaxation, de la détente	1
	g) Suivi des classes de dos (séances d'information "soins du dos")	1
	h) Applications de crèmes ou d'onguents	1
(A coder)	i) Autre (PRECISEZ): _____	1

Pratique personnelle (reproduire la (les) réponse(s) à la question #54)

1	2	3
_____	_____	_____

55. **Qui vous a conseillé de ...?**

(Possibilité de plusieurs réponses)

1. Omnipraticien	1. Omnipraticien	1. Omnipraticien
2. Physiatre	2. Physiatre	2. Physiatre
3. Orthopédiste	3. Orthopédiste	3. Orthopédiste
4. Neurologue ou neuro-chirurgien	4. Neurologue ou neuro-chirurgien	4. Neurologue ou neuro-chirurgien
5. Physiothérapeute	5. Physiothérapeute	5. Physiothérapeute
6. Ergothérapeute	6. Ergothérapeute	6. Ergothérapeute
7. Infirmière	7. Infirmière	7. Infirmière
8. Un praticien de thérapies "alternatives"	8. Un praticien de thérapies "alternatives"	8. Un praticien de thérapies "alternatives"
9. Un ami ou un parent	9. Un ami ou un parent	9. Un ami ou un parent
10. Une connaissance	10. Une connaissance	10. Une connaissance
11. Aucun	11. Aucun	11. Aucun

56) Faites-vous ... (réponse(s) de la question #54)?

a) Lors d'une crise de mal de dos	a) Lors d'une crise de mal de dos	a) Lors d'une crise de mal de dos
1. Oui	1. Oui	1. Oui
2. Non	2. Non	2. Non
b) Lorsque vous n'êtes pas en état de crise	b) Lorsque vous n'êtes pas en état de crise	b) Lorsque vous n'êtes pas en état de crise
1. Oui	1. Oui	1. Oui
2. Non	2. Non	2. Non

(SI UNE SEULE PRATIQUE, PASSEZ A 58)

57) Parmi ces pratiques, laquelle vous est apparue la plus efficace pour vous soulager quand vous avez une crise de mal de dos?

(A coder) _____

58) **Cette pratique a-t-elle présenté des difficultés ou des inconvénients?**

1. Oui	1. Oui	1. Oui
2. Non (PASSEZ A 60)	2. Non (PASSEZ A 60)	2. Non (PASSEZ A 60)
8. NSP (PASSEZ A 60)	8. NSP (PASSEZ A 60)	8. NSP (PASSEZ A 60)

59) **Quelles difficultés ou quels inconvénients?**

(Possibilité de plusieurs réponses)

1. Frais encourus	1. Frais encourus	1. Frais encourus
2. Temps demandé	2. Temps demandé	2. Temps demandé
3. Disponibilité demandée	3. Disponibilité demandée	3. Disponibilité demandée
4. Inefficacité (partielle ou complète) du traitement	4. Inefficacité (partielle ou complète) du traitement	4. Inefficacité (partielle ou complète) du traitement
5. Effets secondaires (médicaments, traitement)	5. Effets secondaires (médicaments, traitement)	5. Effets secondaires (médicaments, traitement)
6. Désagréments causés par le moyen	6. Désagréments causés par le moyen	6. Désagréments causés par le moyen
7. Autre (PRECISEZ) _____ _____	7. Autre (PRECISEZ) _____ _____	7. Autre (PRECISEZ) _____ _____

60. Connaissez-vous l'existence de séances d'information sur les maux de dos qu'on appelle parfois classes de dos ou classes de soins du dos?

Oui	1
Non → PASSEZ A 64	2

61. En avez-vous déjà suivies?

Oui	1
Non → PASSEZ A 64	2

62. Est-ce que ces séances vous ont aidé à diminuer vos douleurs au dos ou à les prévenir?

Oui	1
Non	2
NSP	8

63. Où les avez-vous suivies?

Au C.L.S.C.	1
Au centre sportif (YMCA)	2
En clinique privée	3
En milieu de travail	4
Autre (PRECISEZ): _____	5

(Une seule personne consultée, PASSEZ A 65)

64. En général,parmi les personnes consultées, qui vous a le plus soulagé de ce mal de dos?

	a) Médecin omnipraticien	01
	b) Médecin orthopédiste	02
	c) Médecin physiatre	03
	d) Neurologue ou neuro-chirurgien	04
	e) Physiothérapeute	05
	f) Chiropraticien	06
	g) Ostéopathe	07
	h) Acupuncteur	08
	i) Praticien(me) de l'anti-gymnastique	09
	j) Un(e) masseur(se)	10
(A coder)	k) Autre (PRECISEZ): _____	11
	Ne sait pas	98
	Ne s'applique pas (aucune personne consultée)	99

(Un seul traitement ou moyen, PASSEZ A 66)

65. En général, quel traitement ou moyen vous a le plus soulagé de ce mal de dos?

Traitements médicaux:

Chirurgie	01
Physiothérapie	02

Thérapies "douces":

Chiropraxie	03
Ostéopathie	04
Acupuncture	05
Anti-gymnastique (douce)	06
Autre thérapie douce (PRECISEZ): _____	07

Moyens personnels:

(A coder)		
	Repos	20
	Chaleur/glace	21
	Activité physique (exercices, sports)	22
	Changements de posture	23
	Changements dans l'alimentation	24
	Massages	25
	Appuis lombaires (coussins, oreillers, planches)	26
	Relaxation, détente, méditation	27
	Autres (PRECISEZ): _____	28
	NSP	98
	Ne s'applique pas (aucun traitement ou moyen)	99

66. Compte tenu de votre cas, croyez-vous que vous réussirez un jour à faire disparaître vos douleurs, que ce soit avec ou sans l'aide de quelqu'un?

Oui	1
Non	2
NSP	8

FIN DE L'ENTREVUE : REMERCIEZ ET TERMINEZ L'ENTREVUE

ETRE AUX PRISES AVEC DES PROBLEMES RELIES AUX RESPONSABILITES DE CHEF DE FAMILLE MONOPARENTALE

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet de votre situation familiale.

VOIR à LA GRILLE D'ELIGIBILITE

1. **Veuf(ve)s → PASSEZ A 1A**
2. **Divorcé(e)s ou séparé(e)s légalement → PASSEZ A 20, PAGE 9**
3. **Séparé(e)s de fait ou d'union libre → PASSEZ A 20, PAGE 9**
4. **Mères célibataires → PASSEZ A 7, PAGE 5**

(Veufs(ves) (TYPE 1))

1A. Après le décès de votre conjoint(e), avez-vous consulté un notaire pour régler vos affaires?

Oui 1
Non → PASSEZ A 2A 2

1B. Avez-vous été satisfait(e) de ses services?

Oui → PASSEZ A 2A 1
Non 2

1C. Pourquoi n'avez-vous pas été satisfait(e)?

a) Information incomplète, erronnée 1
b) Service bâclé 1
c) Service trop cher 1
d) Service trop lent 1
e) Conseils inadéquats 1
f) Autre (précisez) _____ 1

NSP 1

2A. Après le décès de votre conjoint(e), avez-vous consulté un avocat pour régler vos affaires?

Oui 1
Non → PASSEZ A 3A 2

2B

2B. Avez-vous été satisfait(e) de ses services?

Oui → PASSEZ A 3A	1
Non	2

2C. Pourquoi n'avez-vous pas été satisfait(e)?

a) Information incomplète, erronnée	1
b) Service bâclé	1
c) Service trop cher	1
d) Service trop lent	1
e) Conseils inadéquats	1
f) Autre (précisez) _____	1
NSP	1

3A. Avez-vous fait une demande pour obtenir la rente (R.R.Q.) du conjoint(e) survivant(e)?

Oui	1
Non → PASSEZ A 4	2

3B. L'avez-vous obtenue?

Oui → PASSEZ A 5	1
Non	2

3C. Pourquoi?

a) N'y avais pas droit	1
b) Autre (PRECISEZ): _____	2
NSP	8

PASSEZ A 5

4. Pourquoi ne l'avez-vous pas demandée?

a) Je n'en connaissais pas l'existence	1
b) Je n'y avais pas droit	1
c) C'était trop compliqué	1
d) J'étais trop déprimé(e)	1
e) Autre (précisez) _____	1
NSP	1

5. L'année suivant le décès de votre conjoint(e), avez-vous été en contact avec ...

	Oui	Non
a) ... une association de familles monoparentales	1	2
b) ... une association d'hommes (de femmes ou un centre de femmes)	1	2
c) ... une association de veufs(ves) ***(au moins 1 mention)***	1	2

(TOUS 2)
PASSEZ A 63, PAGE 28

6. Ces personnes vous ont-elles apporté une aide tout à fait utile, plutôt utile, plutôt inutile ou tout à fait inutile dans votre situation de chef de famille monoparentale?

	A	B	C
tout à fait utile	1	1	1
plutôt utile	2	2	2
plutôt inutile	3	3	3
ou tout à fait inutile	4	4	4
ne sait pas	8	8	8
ne s'applique pas	9	9	9

PASSEZ A 63, PAGE 28

(Mère célibataire sans conjoint) (TYPE 4)

7. Est-ce que le père de votre enfant (né entre 1980 et 1985) a légalement reconnu l'enfant à la naissance?

Oui	1
Non	2

8. Etes-vous encore en contact avec lui?

Oui	1
Non → PASSEZ A 63, PAGE 28	2

9A. A-t-il régulièrement visité l'enfant depuis sa naissance?

Oui	1
Non → PASSEZ A 10A	2

9B. A quelle fréquence?

_____ fois/semaine
_____ fois/mois
_____ fois/année

☐ Visites irrégulières

10A. Le père vous aide-t-il financièrement à élever cet enfant?

Oui	1
Non → PASSEZ A 11A	2

10B. De quelle façon?

a) Achats de vêtements, jouets ou autres objets	1
b) L'amène en vacances	1
c) Contribution mensuelle → PASSEZ A 11C	1
d) Contribution occasionnelle	1
e) autre (précisez) _____	1

11A. Lui avez-vous déjà demandé une pension alimentaire pour cet enfant?

Oui	1
Non → PASSEZ A 17A, PAGE 7	2

11B

11B. A-t-il accepté de verser cette pension?

Oui	1
Non → PASSEZ A 12	2

11C. A-t-il versé cette pension régulièrement?

Oui	1
Non	2

PASSEZ A 17A, PAGE 7

12. Y a-t-il eu un jugement de cour à ce sujet?

Oui → PASSEZ A 14A	1
Non	2

13. Avez-vous entrepris des démarches légales pour l'obtenir?

Oui	1
Non	2

PASSEZ A 17A

14A. Cette pension a-t-elle été versée comme prévu?

Oui → PASSEZ A 17A	1
Non	2

14B. Diriez-vous que cette pension a été versée ...

a) ... irrégulièrement	1
b) ... ou partiellement	2
c) Aucune pension versée	3

15A. Avez-vous fait appel au service de médiation à la famille?

Oui	1
Non → PASSEZ A 16A	2
Ne s'applique pas (n'existe pas dans la région) → PASSEZ A 16A	9

15B

15B. Quel a été le résultat de cette démarche?

a) Père non retrouvé	1
b) Père insolvable	1
c) Père s'oppose à la saisie de son salaire	1
d) Père verse maintenant la pension	1
e) Procédures en cours	1
f) Autre (précisez) _____	1

16A. Avez-vous fait appel au percepteur des pensions alimentaires?

Oui	1
Non → PASSEZ A 17A	2

16B. Quel a été le résultat de cette démarche?

a) Père non retrouvé	1
b) Père insolvable	1
c) Père s'oppose à la saisie de son salaire	1
d) Père verse maintenant la pension	1
e) Procédures en cours	1
f) Autre (précisez) _____	1

17A. Le père a-t-il déjà fait des démarches officielles pour obtenir la garde de l'enfant (des enfants)?

Oui	1
Non → PASSEZ A 18A	2

17B. A-t-il fait des démarches d'adoption?

Oui	1
Non	2

18A. Du début de votre grossesse jusqu'à maintenant, avez-vous été en contact avec ...

	Oui	Non
a) ... une association de familles monoparentales	1	2
b) ... une association de femmes ou un centre de femmes *(au moins 1 mention)*	1	2

(TOUS 2) PASSEZ A 19A

18B

18B. Ces personnes vous ont-elles apporté une aide tout à fait utile, plutôt utile, plutôt inutile ou tout à fait inutile dans votre situation de chef de famille monoparentale?

	A	B
tout à fait utile	1	1
plutôt utile	2	2
plutôt inutile	3	3
ou tout à fait inutile	4	4
ne sait pas	8	8
ne s'applique pas	9	9

19A. Est-il déjà arrivé que, du début de votre grossesse jusqu'à maintenant, le père de l'enfant ait eu des comportements plutôt violents?

Oui 1
Non → PASSEZ A 63, PAGE 28 2

19B. Diriez-vous qu'en général, il était plutôt violent ...

... envers vous 1
... ou envers votre enfant 2
Les deux 3
Autre (précisez) _____ 4

→ PASSEZ A 63, PAGE 28

19C. Qu'avez-vous fait, la dernière fois que la chose s'est produite?

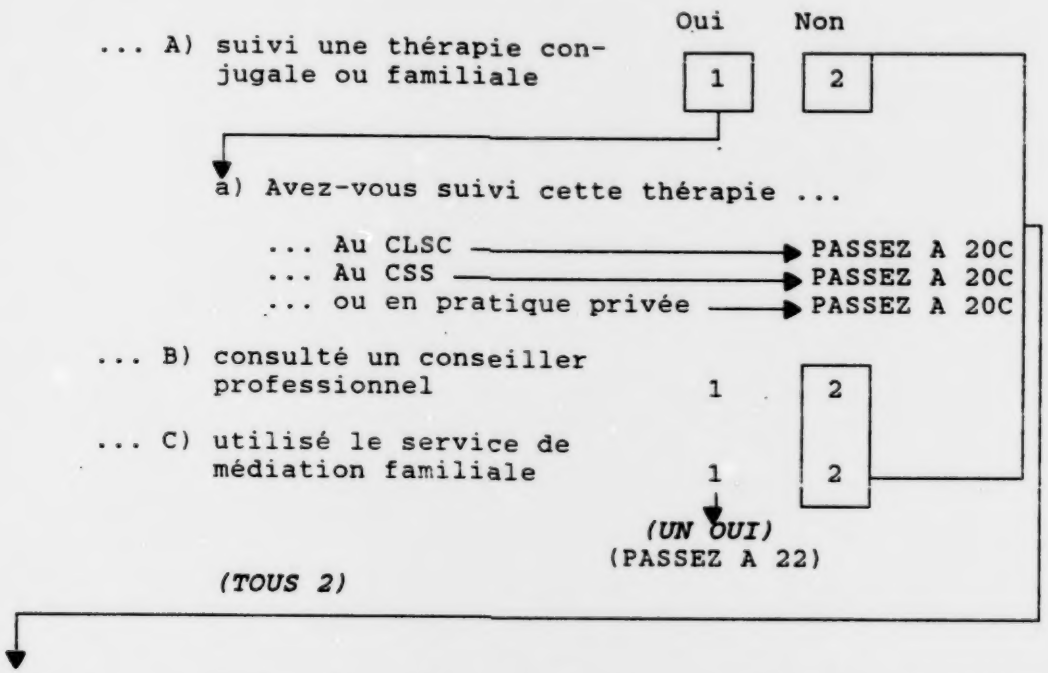
Rien 1
Quitté la maison 1
Trouvé refuge chez parent(e), ami(e), voisin(e) 1
Maison d'hébergement pour femmes battues 1
Groupe du quartier ou de la ville 1
Médecin 1
CLSC 1
CSS 1
Police 1
Hôpital 1
Riposte violente 1
Autre (précisez) _____ 1

Violence verbale de la part du père de l'enfant 1
NSP 1

PASSEZ A 63, PAGE 28

(Séparé(e) d'union libre, séparé(e) légalement, divorcé(e), séparé(e) de fait) (TYPES 2 et 3)

20. Avant de vous séparer, avez-vous...



21A. A ce moment-là, avez-vous songé à utiliser de telles ressources?

Oui	1
Non → PASSEZ A 22	2

21B. Pourquoi ne l'avez-vous pas fait?

a) Ce n'était pas approprié	1
b) Je trouvais ça trop difficile	1
c) Je ne savais pas à qui m'adresser	1
d) Mon(ma) conjoint(e) ne voulait pas en entendre parler	1
e) Le service n'était pas accessible	1
f) Le service était trop coûteux	1
g) Autre (PRECISEZ): _____	1
NSP	1

22. Tout de suite après la séparation, qui a gardé l'enfant (les enfants)?

a) tous les enfants à la mère → PASSEZ A 24A 1
b) tous les enfants au père → PASSEZ A 24A 2
c) un (des) enfant(s) à la mère → PASSEZ A 24A
et un (des) enfant(s) au père → PASSEZ A 24A 3
d) garde partagée → PASSEZ A 24A 4
e) enfant(s) à une autre personne → PASSEZ A 24A 5
f) Autre (précisez): _____ 6
→ PASSEZ A 24A
g) L'ex-conjoint(e) ne s'est jamais montré(e) intéressé(e) à la garde de l'enfant 7

23. Y a-t-il eu un jugement de cour définitif à ce sujet (autre que provisoire)?

Oui → PASSEZ A 26A 1
Non 2

PASSEZ A 29, PAGE 13

24A. Y a-t-il eu un jugement de cours à ce sujet (autre que provisoire)?

Oui → PASSEZ A 26A 1
Non 2

24B. Avez-vous entrepris des démarches légales pour obtenir la garde des enfants?

Oui → PASSEZ A 25A 1
Non 2

24C. Prévoyez-vous d'ici quelque temps, entreprendre de telles démarches?

Oui 1
Non 2

25A. Vous êtes-vous entendu avec votre ex-conjoint(e) au sujet de la garde des enfants?

Oui 1
Non → PASSEZ A 28, PAGE 13 2

25B. Quel a été cet arrangement?

a) tous les enfants à la mère 1
b) tous les enfants au père 2
c) un (des) enfant(s) à la mère et un (des) enfant(s) au père 3
d) garde partagée 4
e) enfant(s) à une autre personne 5
f) autre(précisez) _____ 6

25C. Etiez-vous satisfait(e) de cet arrangement?

Oui 1
Non 2

25D. Etes-vous parvenu(e) à cet arrangement ...

... sans intermédiaire 1
... par l'intermédiaire d'un avocat 2
... ou par l'intermédiaire d'un médiateur (ex.: service de médiation à la famille) 3

PASSEZ A 27A

26A. Quel a été le jugement de cour à propos de la garde des enfants? **(Si plusieurs jugements, prendre le premier jugement définitif)**

a) tous les enfants à la mère 1
b) tous les enfants au père 2
c) un (des) enfant(s) à la mère et un (des) enfant(s) au père 3
d) garde partagée 4
e) enfant(s) à une autre personne 5
f) autre(précisez) _____ 6

26B. Ce jugement correspondait-il à ce que personnellement vous vouliez?

Oui	1
Non	2

26C. Ce jugement correspondait-il à ce que votre ex-conjoint(e) voulait?

Oui	1
Non	2
NSP	8

27A. Est-ce que vous et votre ex-conjoint(e) vous êtes conformés à ce jugement (cet arrangement)?

Oui → PASSEZ A 30	1
Non	2

27B. En quoi ce jugement (cet arrangement) n'a-t-il pas été observé?

a) Père(mère) voulait la garde: il(elle) a enlevé l'enfant	1
b) Père(mère) voulait la garde: il(elle) a entrepris des démarches légales → PASSEZ A 27D	2
c) Je ne pouvais plus garder les (un des) enfants → PASSEZ A 29	3
d) Un (les) enfant(s) voulai(en)t aller avec l'autre parent → PASSEZ A 29	4
e) Autre (précisez)_____ → PASSEZ A 29	5

27C. Avez-vous entrepris des démarches légales pour corriger cette situation?

Oui	1
Non → PASSEZ A 29	2

27D. Y a-t-il eu jugement de cour à ce sujet?

Oui	1
Non → PASSEZ A 29	2

27E

27E. Qui a eu la garde des enfants?

a) tous les enfants à la mère	1
b) tous les enfants au père	2
c) un (des) enfant(s) à la mère et un (des) enfant(s) au père	3
d) garde conjointe	4
e) enfant(s) à une autre personne	5
f) autre(précisez) _____	6

PASSEZ A 30

28. Pourquoi n'y a-t-il pas eu d'entente?

a) Le(la) conjoint(e) était absent(e)	1
b) Le(la) conjoint(e) ne voulait pas négocier	2
c) Le(la) conjoint(e) était de mauvaise foi	3
d) Je me sentais incapable de négocier en face à face	4
e) On était en désaccord	5
f) Procédures légales en cours	6
g) Autre (précisez): _____	7

29. Actuellement, qui a la garde des enfants?

a) tous les enfants à la mère	1
b) tous les enfants au père	2
c) un (des) enfant(s) à la mère et un (des) enfant(s) au père	3
d) garde partagée → PASSEZ A 39, PAGE 17	4
e) enfant(s) à une autre personne	5
f) Autre (précisez): _____	6

30. Avez-vous déjà demandé une pension alimentaire pour les enfants?

Oui	1
Non → PASSEZ A 32A	2

31A. Y a-t-il eu un jugement de cour définitif à ce sujet (autre que provisoire)?

Oui → PASSEZ A 33A	1
Non	2

31B

31B. Avez-vous entrepris des démarches légales pour l'obtenir?

Oui ⟶ PASSEZ A 32A	1
Non	2

31C. Prévoyez-vous d'ici quelque temps, entreprendre de telles démarches?

Oui	1
Non	2

32A. Vous êtes-vous entendu avec votre ex-conjoint(e) au sujet de cette pension alimentaire?

Oui	1
Non ⟶ PASSEZ A 38, PAGE 16	2
Pas de pension alimentaire ⟶ PASSEZ A 49A, PAGE 20	3

32B. Y avait-il une clause d'indexation de la pension?

Oui	1
Non	2

32C. Etiez-vous satisfait(e) de cet arrangement?

Oui	1
Non	2

32D. Etes-vous parvenu(e) à cet arrangement ...

... sans intermédiaire	1
... par l'intermédiaire d'un avocat	2
... ou par l'intermédiaire d'un médiateur (ex.: service de médiation à la famille)	3

PASSEZ A 34A

33A. Y avait-il une clause d'indexation de la pension?

Oui	1
Non	2

33B. Ce jugement correspondait-il à ce que personnellement vous vouliez?

Oui	1
Non	2

33C. Ce jugement correspondait-il à ce que votre ex-conjoint(e) voulait?

Oui	1
Non	2
NSP	8

34A. Cette pension a-t-elle été versée comme prévu?

Oui → PASSEZ A 49A, PAGE 20	1
Non	2

34B. A-t-elle été versée ...

... irrégulièrement	1
... ou partiellement	2
Aucune pension versée	3

35A. Avez-vous fait appel au service de médiation à la famille?

Oui	1
Non → PASSEZ A 36A	2
Ne s'applique pas (n'existe pas dans la région) → PASSEZ A 36A	9

35B. Quel a été le résultat de cette démarche?

a) Père (mère) non retrouvé(e)	1
b) Père (mère) insolvable	2
c) Père (mère) s'oppose à la saisie de son salaire	3
d) Père (mère) verse maintenant la pension	4
e) Procédures en cours	5
f) Autre (précisez) _____	6
NSP	8

36A. Avez-vous fait appel au percepteur des pensions alimentaires?

Oui	1
Non → PASSEZ A 37	2
Je n'y avais pas droit → PASSEZ A 49A, PAGE 20	3

36B. Quel a été le résultat de cette démarche?

a) Père (mère) non retrouvé(e)	1
b) Père (mère) insolvable	2
c) Père (mère) s'oppose à la saisie de son salaire	3
d) Père (mère) verse maintenant la pension	4
e) Procédures en cours	5
f) Autre (précisez) _____	6

PASSEZ A 49A, PAGE 20

37. Prévoyez-vous dans un proche avenir, faire appel au percepteur des pensions alimentaires?

Oui	1
Non	2
NSP	8

PASSEZ A 49A, PAGE 20

38. Pourquoi n'y a-t-il pas eu d'entente?

a) Le(la) conjoint(e) était absent(e)	01
b) Le(la) conjoint(e) ne voulait pas négocier	02
c) Le(la) conjoint(e) était de mauvaise foi	04
d) Je me sentais incapable de négocier en face à face	08
e) On était en désaccord	16
f) Procédures légales en cours	32
g) Autre (précisez) _____	64

PASSEZ A 49A, PAGE 20

39. Dans votre cas, y a-t-il eu demande d'une pension alimentaire pour les enfants, que ce soit de la part de vous-même ou de votre ex-conjoint(e)?

Oui, répondant(e)	1
Oui, ex-conjoint(e)	2
Non → PASSEZ A 41A	3

40A. Y a-t-il eu un jugement de cour définitif à ce sujet (autre que provisoire)?

Oui → PASSEZ A 42A	1
Non	2

40B. Avez-vous entrepris des démarches légales pour l'obtenir?

Oui → PASSEZ A 41A	1
Non	2

40C. Prévoyez-vous d'ici quelque temps, entreprendre de telles démarches?

Oui	1
Non	2
NSP	8

41A. Vous êtes-vous entendu(e) avec votre ex-conjoint(e)?

Oui	1
Non → PASSEZ A 47	2
Pas de pension alimentaire → PASSEZ A 48A	3

41B. Y avait-il une clause d'indexation de la pension?

Oui	1
Non	2

41C. Etiez-vous satisfait(e) de cet arrangement?

Oui	1
Non	2

41D. Etes-vous parvenu(e) à cet arrangement ...

... sans intermédiaire	1
... par l'intermédiaire d'un avocat	2
... ou par l'intermédiaire d'un médiateur (ex.: service de médiation à la famille)	3

PASSEZ A 43A

42A. Y avait-il une clause d'indexation de la pension?

Oui	1
Non	2

42B. Ce jugement correspondait-il à ce que personnellement vous vouliez?

Oui	1
Non	2

42C. Ce jugement correspondait-il à ce que votre ex-conjoint(e) voulait?

Oui	1
Non	2

43A. Cette pension a-t-elle été versée comme prévu?

Oui → PASSEZ A 48A, PAGE 20	1
Non	2

43B. A-t-elle été versée ...

... irrégulièrement	1
... ou partiellement	2
Aucune pension versée	3

44A. Avez-vous fait appel au service de médiation à la famille?

Oui	1
Non → PASSEZ A 45A	2
Ne s'applique pas (n'existe pas dans la région) → PASSEZ A 45A	9

44B

44B. Quel a été le résultat de cette démarche?

a) Père (mère) non retrouvé(e)	1
b) Père (mère) insolvable	2
c) Père (mère) s'oppose à la saisie de son salaire	3
d) Père (mère) verse maintenant la pension	4
e) Procédures en cours	5
f) Autre (précisez) _____	6
NSP	8

45A. Avez-vous fait appel au percepteur des pensions alimentaires?

Oui	1
Non → PASSEZ A 46	2
Je n'y avais pas droit → PASSEZ A 48A	3

45B. Quel a été le résultat de cette démarche?

a) Père (mère) non retrouvé(e)	1
b) Père (mère) insolvable	2
c) Père (mère) s'oppose à la saisie de son salaire	3
d) Père (mère) verse maintenant la pension	4
e) Procédures en cours	5
f) Autre (précisez) _____	6
NSP	8

PASSEZ A 48A

46. Prévoyez-vous dans un proche avenir, faire appel au percepteur des pensions alimentaires?

Oui	1
Non	2
NSP	8

PASSEZ A 48A

47. Pourquoi n'y a-t-il pas eu d'entente?

a) Le(la) conjoint(e) était absent(e)	1
b) Le(la) conjoint(e) ne voulait pas négocier	1
c) Le(la) conjoint(e) était de mauvaise foi	1
d) Je me sentais incapable de négocier en face à face	1
e) On était en désaccord	1
f) Procédures légales en cours	1
g) Autre (précisez) _____	1
NSP	1

48A. Le père (la mère) de l'enfant (des enfants) vous apporte-t-il(elle) d'autre aide matérielle ou financière que la pension alimentaire (que vous avez eue ou que vous auriez souhaité avoir)?

Oui 1
Non → PASSEZ A 59A, PAGE 25 2

48B. Quelle aide?

Paiement du loyer 1
Achat de vêtements 2
Coût des vacances 3
Dépenses scolaires 4
Toutes les dépenses des enfants 5
Autre (PRECISEZ): _____ 6
NSP 8

PASSEZ A 59A, PAGE 25

49A. Le père (la mère) de l'enfant (des enfants) vous apporte-t-il(elle) d'autre aide matérielle ou financière que la pension alimentaire (que vous avez eue ou que vous auriez souhaité avoir)?

Oui 1
Non → PASSEZ A 50 2

49B. Quelle aide?

Paiement du loyer 1
Achat de vêtements 2
Coût des vacances 3
Dépenses scolaires 4
Toutes les dépenses des enfants 5
Autre (PRECISEZ): _____ 6
NSP 8

50. Y a-t-il eu un jugement de cour définitif au sujet des droits de visite (des enfants) (autre que provisoire)?

Oui → PASSEZ A 52A 1
Non 2
L'ex-conjoint(e) ne s'est jamais montré(e) intéressé(e) à voir l'enfant (les enfants) 3

→ PASSEZ A 58, PAGE 24

51A

51A. Vous êtes-vous entendu avec votre ex-conjoint(e) au sujet des droits de visite?

Oui 1
Non → PASSEZ A 56, PAGE 24 2

51B. Quelle décision a été prise au sujet de ce droit de visites?

Pour les périodes de vacances: _____

Pour le reste de l'année:

_____ fois/semaine
_____ fois/mois
_____ fois/année

☐ Laissé à la discrétion des 2 parents

51C. Etiez-vous satisfait(e) de cet arrangement?

Oui 1
Non 2

51D. Etes-vous parvenu(e) à cet arrangement ...

... sans intermédiaire 1
... par l'intermédiaire d'un avocat 2
... ou par l'intermédiaire d'un médiateur (ex.: service de médiation à la famille) 3

PASSEZ A 53

52A. Quelle décision a été prise au sujet de ce droit de visites?

Pour les périodes de vacances: _____

Pour le reste de l'année:

_____ fois/semaine
_____ fois/mois
_____ fois/année

☐ Laissé à la discrétion des 2 parents

52B. Ce jugement correspondait-il à ce que personnellement vous vouliez?

Oui	1
Non	2

52C. Ce jugement correspondait-il à ce que votre ex-conjoint(e) voulait?

Oui	1
Non	2

53. Le père (la mère) a-t-il(elle) vu l'enfant (les enfants) aussi souvent que prévu?

Oui → PASSEZ A 57A, PAGE 24	1
Non	2

54A. Est-ce que le père (la mère) a vu son (ses) enfant(s) plus ou moins souvent que prévu?

Plus souvent → PASSEZ A 55A	1
Moins souvent	2

54B. Pourquoi le père (la mère) a-t-il(elle) vu son (ses) enfant(s) moins souvent que prévu?

L'enfant ne veut pas aller chez l'autre parent	1
Je m'oppose à ce que l'enfant voit l'autre parent → PASSEZ A 55B	2
Le père (la mère) pas intéressé(e) à voir l'enfant (les enfants) → PASSEZ A 58, PAGE 24	3
Autre (PRECISEZ): _____ _____ → PASSEZ A 58, PAGE 24	4

54C

54C. Pourquoi l'enfant (les enfants) ne veut(veulent)-il(s) pas aller chez son (leur) père (leur mère)?

a) Il(s) trouve(nt) ça ennuyant 1
b) Il(s) ne l'aime(nt) pas 2
c) Il(s) a(ont) peur de lui (d'elle) 3
d) Le répondant s'oppose ou ne le favorise pas 4
e) autre (précisez) _____ 5

PASSEZ A 58, PAGE 24

55A. Etes-vous d'accord pour que le père (la mère) voit l'enfant (les enfants) aussi souvent?

Oui ⟶ PASSEZ A 58, PAGE 24 1
Non 2

55B. Avez-vous entrepris des démarches légales pour corriger cette situation?

Oui 1
Non ⟶ PASSEZ A 55E 2

55C. Y a-t-il eu jugement de cour définitif à ce sujet (autre que provisoire)?

Oui 1
Non ⟶ PASSEZ A 58 2

55D. Quelle décision a été prise au sujet de ce droit de visites?

Pour les périodes de vacances: _____

Pour le reste de l'année:

_____ fois/semaine
_____ fois/mois
_____ fois/année

☐ Laissé à la discrétion des 2 parents

PASSEZ A 58

55E. Prévoyez-vous, dans un proche avenir, entreprendre de telles démarches?

Oui	1
Non	2
NSP	8

PASSEZ A 58

56. Pourquoi n'y a-t-il pas eu d'entente?

a) Le(la) conjoint(e) était absent(e)	1
b) Le(la) conjoint(e) ne s'en préoccupait pas	2
c) Le(la) conjoint(e) était de mauvaise foi	3
d) Je me sentais incapable de négocier en face à face	4
e) On était en désaccord	5
f) Autre (précisez) _____	6

57A. Etes-vous d'accord que le père (la mère) voit l'enfant?

Oui → PASSEZ A 58	1
Non	2

57B. Pourquoi n'êtes-vous pas d'accord?

_____

58. Actuellement, à quelle fréquence le père (la mère) voit-il(elle) l'enfant (les enfants)?

Durant les périodes de vacances: _____

Le reste de l'année:

_____ fois/semaine
_____ fois/mois
_____ fois/année

☐ Variable

59A. Depuis votre séparation, avez-vous été en contact ...

	Oui	Non
a) ... une association de familles monoparentales	1	2
b) ... une association d'hommes (de femmes ou un centre de femmes)	1	2

(au moins 1 mention)

(TOUS 2)
PASSEZ A 60A

59B. Ces personnes vous ont-elles apporté une aide tout à fait utile, plutôt utile, plutôt inutile ou tout à fait inutile dans votre situation de chef de famille monoparentale?

	A	B
tout à fait utile	1	1
plutôt utile	2	2
plutôt inutile	3	3
ou tout à fait inutile	4	4
ne sait pas	8	8
ne s'applique pas	9	9

60A. Est-il déjà arrivé que, pendant toute la période entourant la séparation, le père (la mère) de l'enfant (des enfants) ait eu des comportements plutôt violents?

Oui	1
Non → PASSEZ A 61A, PAGE 26	2

60B. Diriez-vous qu'en général, il(elle) était plutôt violent(e) ...

... envers vous	1
... ou envers votre enfant	2
Les deux	3
Autre (précisez) _____	4

→ PASSEZ A 61A, PAGE 26

60C

60C. Qu'avez-vous fait, la dernière fois que la chose s'est produite?

Rien	00
Quitté la maison	01
Trouvé refuse chez parent(e), ami(e), voisin(e)	02
Maison d'hébergement pour femmes battues	03
Groupe du quartier ou de la ville	04
Médecin	05
CLSC	06
CSS	07
Police	08
Hôpital	09
Riposte violente	10
Autre (précisez) _____	11
Violence verbale (de l'ex-conjoint(e))	12
NSP	98

Séparé(e) légalement, divorcé(e), posez les questions suivantes;
AUTRES ⟶ PASSEZ A 62

61A. Qui a entrepris les démarches légales pour le divorce?

a) Le répondant lui-même	1
b) Le conjoint	2
c) Les deux	3
d) Pas de divorce	4

61B. Qui a entrepris les démarches légales pour obtenir une séparation légale?

a) Le répondant lui-même	1
b) Le conjoint	2
c) Les deux	3
d) Pas de séparation légale	4

Si divorce et séparation légale, posez les questions pour la séparation légale.

61C. Dans les démarches que vous avez eues à faire pour la (le) _____, vous êtes-vous fait accompagner ...

	Oui	Non
... par un membre de la famille	1	2
... par un(e) ami(e)	1	2
... par un(e) voisin(e)	1	2
... ou par quelqu'un d'un groupe	1	2

(AU MOINS 1 MENTION) → PASSEZ A 62

(TOUS 2)

61D. Auriez-vous souhaité être accompagné(e)?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 62	2
NSP	→ PASSEZ A 62	

61E. Par qui?

Membre de la famille	1
Ami(e)	2
Voisin(e)	3
Quelqu'un d'un groupe	4

62. Diriez-vous qu'actuellement, vos relations avec le père (la mère) de votre (vos) enfant(s) sont, en général ...

... très bonnes	1
... bonnes	2
... mauvaises	3
... très mauvaises	4
inexistantes	5

(TOUS)

63. Avez-vous déménagé à cause de la _____?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 67A	2

64A. Avant de déménager, étiez-vous vous-même ...

... propriétaire (ou co-propriétaire)		1
... ou locataire	→ PASSEZ A 65	2

64B. Cette maison appartenait-elle ...

... à vous uniquement	1
... à vous et votre ex-conjoint(e)	2
... ou à votre ex-conjoint(e) uniquement	3

65. Actuellement, habitez-vous à plus ou moins de 25 kilomètres de votre ancien lieu de résidence?

Plus	1
Moins	2
Egal	3

66A. Avez-vous eu de l'aide pour nettoyer ou peinturer votre nouveau logement?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 67A	2

66B. Qui vous a aidé?

Père, mère	1
Frère, soeur, beau-frère, belle-soeur	2
Ex-conjoint(e)	3
Ami(e)s	4
Voisin(e)	5
Groupes bénévoles	6
Autres	7

67A. Actuellement, êtes-vous ...

... propriétaire (ou co-propriétaire)		1
... ou locataire	→ PASSEZ A 68A	2

67B

67B. Qui paye l'hypothèque de cette maison?

Répondant	1
Ex-conjoint(e)	2
Membre de la famille	3
Ami(e)	4
Autre	5

67C. Etes-vous ...

... propriétaire unique	1
... ou propriétaire avec quelqu'un d'autre	2

PASSEZ A 70A

68A. Qui a signé le bail de ce logement?

Répondant	1
Ex-conjoint(e)	2
Membre de la famille	3
Ami(e)	4
Autre	5

68B. Qui paye le loyer?

Répondant	1
Ex-conjoint(e)	2
Membre de la famille	3
Ami(e)	4
Autre	5

69A. Habitez-vous un HLM (habitation à loyer modique)?

Oui → PASSEZ A 70B	1
Non	2

69B. Souhaiteriez-vous habiter un HLM?

Oui	1
Non → PASSEZ A 70A	2

69C. Avez-vous fait une demande pour habiter un HLM?

Oui	1
Non → PASSEZ A 70A	2

69D

69D. Quel a été le résultat de vos démarches?

Liste d'attente	1
Refus pour non-éligibilité	2
Démarches en cours	3

70A. Résidez-vous dans une coopérative d'habitation?

Oui	→ PASSEZ A 71A	1
Non		2

70B. Souhaiteriez-vous résider dans une coopérative d'habitation?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 71A	2

70C. Avez-vous fait des démarches pour habiter une coopérative?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 71A	2

70D. Quel a été le résultat de vos démarches?

Liste d'attente	1
Refus pour non-éligibilité	2
Démarches en cours	3

(Veufs(ves) (TYPE 1) et célibataires (TYPE 4), PASSEZ A 72)

71A. Lors de votre séparation, avez-vous gardé tous les meubles que vous aviez auparavant?

Tous ——→ PASSEZ A 72	1
Quelques-uns	2
Aucun	3

71B. Vous a-t-on donné des meubles?

Oui	1
Non ——→ PASSEZ A 72	2

71C. De qui les avez-vous reçus?

Parents	1
Frère, soeur, beau-frère, belle-soeur	2
Ami(e)	3
Voisin(e)	4
Groupes bénévoles	5

72. Au moment de la(le) _____, quelle était votre principale occupation? ...

... en emploi à plein temps	1
... en emploi à temps partiel	2
... au chômage ——→ PASSEZ A 76A, PAGE 33	3
... aux études à temps plein ——→ PASSEZ A 75A, PAGE 32	4
... aux études à temps partiel ——→ PASSEZ A 75A, PAGE 32	5
... aux soins de la maison ——→ PASSEZ A 76A, PAGE 33	6
Autre (PRECISEZ): _____ _____ ——→ PASSEZ A 76A, PAGE 33	7

73A. Après la(le) _____ avez-vous continué à travailler?

Oui	1
Non ——→ PASSEZ A 74, PAGE 32	2

73B. Avez-vous conservé le même emploi?

Oui ——→ PASSEZ A 80A, PAGE 34	1
Non	2

73C

73C. Pourquoi avez-vous changé d'emploi?

a) Incapable de concilier responsabilités familiales et travail 1
b) Pour augmenter mes revenus 2
c) Perte d'emploi 3
d) Pour faire changement 4
e) Autre (PRECISEZ): _____ 5

PASSEZ A 78F, PAGE 34

74. Pourquoi avez-vous cessé de travailler?

a) Je voulais m'occuper de mon enfant (mes enfants) 1
→ PASSEZ A 78F, PAGE 34
b) Mon emploi n'était pas assez payant 2
c) Perte d'emploi 3
d) J'avais peur que l'ex-conjoint cesse de me verser la pension alimentaire 4
e) Je suis retourné(e) aux études → PASSEZ A 79 5
f) Autre (PRECISEZ): _____ 6

PASSEZ A 78A, PAGE 33

75A. Après la _____, avez-vous continué vos études?

Oui → PASSEZ A 79, PAGE 34 1
Non 2

75B. Pourquoi avez-vous abandonné vos études?

a) Incapable de concilier responsabilités familiales et études 1
b) Incapable de payer les frais de scolarité 2
c) Obligé(e) de gagner de l'argent 3
d) Ne réussissais plus 4
e) Ca ne m'intéressait plus 5
f) Autre (PRECISEZ): _____ 6

PASSEZ A 80A

76A. Après la _____, vous êtes-vous cherché un emploi?

Oui — 1
Non → PASSEZ A 77 — 2

76B. En avez-vous trouvé?

Oui → PASSEZ A 78F — 1
Non — 2

76B. Recevez-vous actuellement de l'assurance-chômage?

Oui — 1
Non — 2

PASSEZ A 78A

77. Pourquoi?

a) Je voulais m'occuper de l'enfant (des enfants) — 1
→ PASSEZ A 78F
b) Pas avantageux sur le plan financier — 2
→ PASSEZ A 78F
c) J'avais peur que l'ex-conjoint cesse de me verser la pension alimentaire → PASSEZ A 78F — 3
d) Je manquais d'expérience — 4
e) Je n'avais pas la formation nécessaire — 5
f) Je suis retourné(e) aux études → PASSEZ A 79 — 6

78A. Avez-vous eu de l'aide pour vous chercher un emploi en suivant un cours ou des activités de formation à l'emploi ou de réinsertion sur le marché du travail?

Oui → PASSEZ A 78D — 1
Non — 2

78B. Connaissez-vous un groupe qui aide les gens à se trouver du travail?

Oui — 1
Non → PASSEZ A 78F — 2

78C

78C. Pourquoi n'avez-vous pas demandé de l'aide auprès d'un tel groupe?

C'était trop compliqué 1
Je n'étais pas intéressé(e) 1
Autre (PRECISEZ): _____ 1

PASSEZ A 78F

78D. Quel groupe ou organisme vous a aidé?

_____

78E. Ce groupe vous a-t-il aidé à vous trouver un emploi qui vous convienne?

Oui 1
Non 2
Encore en formation 3
NSP 8

78F. Etes-vous retourné(e) aux études?

Oui 1
Non 2

79. Etes-vous actuellement aux études?

Oui → PASSEZ A 84A 1
Non 2

80A. Travaillez-vous actuellement?

Oui → PASSEZ A 81 1
Non 2

80B. Quelle est actuellement votre principale occupation?

... en chômage 1
... aux études 2
... aux soins de la maison 3
autre (précisez) _____ 4

PASSEZ A 84A

81. Quel est le nom de votre emploi ou le titre de votre poste? Quel genre de travail faites-vous?

_____

_____

82. Dans quel genre d'entreprise travaillez-vous?

_____

_____

83. Travaillez-vous ...

... à temps plein? 1
... ou à temps partiel? 2

84A. Avez-vous déjà reçu des prestations d'aide sociale (du bien-être social)?

Oui 1
Non → PASSEZ A 85A 2

84B. En avez-vous reçu ...

... uniquement avant → PASSEZ A 85A 1
... uniquement après 2
... avant et après la _____ 3

84C. Combien de temps après la _____, avez-vous reçu votre premier chèque?

_____ mois
_____ année(s)

84D. En recevez-vous actuellement?

Oui 1
Non 2

84E. Pendant combien de temps après la _____, avez-vous reçu de l'aide sociale?

_____ mois
_____ année(s)

☐ J'en recevais encore

85A. Après la _____, vous a-t-on donné de l'argent afin de vous aider à boucler votre budget?

Oui 1
Non → PASSEZ A 86 2

85B. De qui en avez-vous reçu?

. Ex-conjoint(e) 1
. Père, mère 2
. Frère, soeur, beau-frère, belle-soeur 3
. Autres membres de la famille 4
. Ami(e) 5
. Voisin(e) 6
. Groupes bénévoles 7
. Autres (PRECISEZ): _____ 8

(Mère célibataire (TYPE 4), PASSEZ A 87A)

86. Avant _____, qui s'occupait de payer les comptes et de décider des dépenses de la famille?

a) Le (la) conjoint(e) seul(e) 1
b) Le (la) répondant(e) seul(e) 2
c) Les deux 3
d) Autre (PRECISEZ): _____ 4

87A. L'année suivant la _____, avez-vous eu de l'aide pour administrer votre budget?

Oui 1
Non → PASSEZ A 88A 2

87B

87B. Qui vous a le plus aidé pour gérer votre budget?

a) Membre(s) de la famille 1
b) Ami(s) 2
c) Voisin(s) 3
d) Courtier, société de fiducie 4
e) Gérant de caisse populaire (de banque) 5
f) Comptable 6
g) Autre (précisez) _____ 7

87C. A ce sujet, avez-vous reçu de l'aide...

	Oui	Non
...d'une association de familles monoparentales (ou de veuves)	1	2
...d'un groupe d'entraide du quartier ou de la ville (Association coopérative d'économie familiale (ACEF),...)	1	2
...d'un CLSC	1	2
Autre (précisez) _____ _____	1	2

PASSEZ A 89A

88A. Auriez-vous souhaité avoir une telle aide?

Oui 1
Non → PASSEZ A 89A 2

88B. De qui?

a) Membre(s) de la famille 1
b) Ami(s) 1
c) Voisin(s) 1
d) Courtier de société de fiducie 1
e) Gérant de banque ou de caisse populaire 1
f) Comptable 1
g) Association de familles monoparentales (ou de veuves) 1
h) Groupe d'entraide du quartier ou de la ville (ACEF,....) 1
i) CLSC 1
j) CSS (travailleur social) 1
k) Autre (précisez) _____ 1
_____

89A. L'année suivant la _____, avez-vous été obligé(e) d'emprunter de l'argent?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 90	2

89B. A qui avez-vous emprunté?

a) Père, mère	1
b) Frère, soeur	1
c) Autre membre de la famille	1
d) Ami(e)	1
e) Caisse populaire ou banque	1
f) Compagnie de finance	1
g) Autre (PRECISEZ): _____	1

(Mères célibataires (TYPE 4), PASSEZ A 95, PAGE 40)

90. Depuis la (le) _____, votre enfant (ou un de vos enfants) a-t-il eu ...

	Non	Oui	Etait-ce ... Très important	Important	Peu important
... des problèmes de santé	2	1 →	1	2	3
... des problèmes psychologiques ou de comportements (à l'école ou ailleurs)	2	1 →	1	2	3

(TOUS 2)
PASSEZ A 95

91. Pour régler ce problème, êtes-vous allé(e) voir ...

	Non	Oui	Selon vous, ce problème a-t-il été causé par la (le) _____? Oui	Non
... un médecin	2	1 →	1	2
... quelqu'un de l'école ou de la commission scolaire (ex.: professeur, directeur, ortho-pédagogue, psychologue, infirmière)	2	1 →	1	2
			PASSEZ A 93	
1. ... un psychologue	2	1 →	1	2
2. ... un travailleur social	2	1 →	1	2
3. ... quelqu'un à la direction de la Protection de la Jeunesse	2	1 →	1	2

(Filtre prioritaire)

(TOUS 2)

PASSEZ A 94A

92. Où avez-vous rencontré ce (cette) ...

	Intervenants 1	2	3
... bureau privé	1	1	1
... CLSC	2	2	2
... hôpital	3	3	3
... école	4	4	4
... CSS	5	5	5
... DPJ	6	6	6
... à la maison	7	7	7
... par téléphone	8	8	8

93. Pour ce(s) problème(s), avez-vous reçu de l'aide ...

	Oui	Non	NAP
... a) du père (mère) de l'enfant?	1	2	9
... b) d'un(e) ami(e) ou d'un(e) voisin(e)?	1	2	9
... c) d'un membre de la famille?	1	2	9
... d) d'un prêtre ou une religieuse? .	1	2	9
... e) d'une maison de jeunes?	1	2	9
... f) d'une maison de parents?	1	2	9
... g) d'un autre groupe du quartier ou de la ville?	1	2	9

(TOUS 2)

(AU MOINS 1 MENTION)
→ PASSEZ A 95

94A. Auriez-vous souhaité avoir de l'aide de ces personnes ou de quelqu'un d'autre?

Oui	1
Non → PASSEZ A 95	2

94B. De qui?

a) du père (mère) de l'enfant	1
b) d'un(e) ami(e) ou d'un(e) voisin(e)	1
c) d'un membre de la famille	1
d) d'un prêtre ou une religieuse	1
e) d'une maison de jeunes	1
f) d'une maison de parents	1
g) d'un autre groupe du quartier ou de la ville	1
h) Autre (PRECISEZ): _____	1

95. Vous arrive-t-il actuellement de mettre votre (vos) enfant(s) en garderie, d'utiliser le service de garde scolaire ou de le faire garder?

Oui	1
Non → PASSEZ A 97	2
Ne s'applique pas (enfant assez vieux pour se garder seul) → PASSEZ A 98A	9

96A. Le (les) faites-vous garder pour travailler, vous chercher du travail ou étudier?

Oui 1
Non → PASSEZ A 97 2

96B. Où le faites-vous garder lorsque vous travaillez, vous cherchez du travail ou vous étudiez?

a) A la maison → PASSEZ A 97 1
b) Chez son père (sa mère) → PASSEZ A 97 1
c) Chez un membre de la famille → PASSEZ A 97 1
d) Chez un(e) voisin(e), un(e) ami(e) 1
→ PASSEZ A 97
e) Chez une gardienne → PASSEZ A 97 1
f) Dans une garderie 1
g) Dans un service de garde scolaire 1
→ PASSEZ A 97
h) Autre (PRECISEZ): _____ 1
→ PASSEZ A 97

96C. S'agit-il d'une garderie ...

a) ... populaire 1
b) ... privée 2
c) ... municipale 3
d) ... en milieu de travail 4
e) ... en milieu scolaire 5

97. Qui le garde quand vous avez à sortir (obligation ou distraction)?

a) Son père (sa mère) 1
b) Membre de la famille 1
c) Un(e) voisin(e), un(e) ami(e) 1
d) Une gardienne 1
e) Dans une garderie 1
f) Autre (PRECISEZ): _____ 1
Ne s'applique pas 1

98A. Après la(le) _____, vous est-il arrivé de prendre des vacances à l'extérieur de la maison?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 101	2

98B. En avez-vous pris ...

... tous les ans?	1
... aux 2 ans?	2
... aux 3 ans?	3
... autre (PRECISEZ): _____	4

99. Avez-vous pris des vacances (à l'extérieur de la maison) sans votre (vos) enfant(s)?

Oui	1
Non	2

100A Avez-vous pris des vacances (à l'extérieur de la maison) avec votre (vos) enfant(s)?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 101	2

100B Dans la liste des endroits suivants, pouvez-vous me dire ceux où vous êtes déjà allé(e) passer des vacances avec votre (vos) enfant(s) depuis la _____?

... chez des parents ou des amis	1
... dans un chalet loué ou qui vous appartient	1
... dans un camp de vacances familial	1
... en voyage	1
Autre (précisez) _____	1

100C En moyenne, combien de semaines de vacances, par année, prenez-vous à l'extérieur de la maison avec votre (vos) enfant(s)?

Nombre de semaines: _____

100D Combien vous ont coûté vos dernières vacances à l'extérieur de la maison avec votre (vos) enfant(s)?

_____$

PASSEZ A 102

101. Pourquoi n'avez-vous pas pris de vacances à l'extérieur de la maison?

a) J'étais incapable de prendre des vacances seule 1
b) Je n'avais pas d'argent 1
c) Je n'avais pas d'endroit où aller 1
d) Je n'avais pas de vacances payées 1
e) Autre (PRECISEZ): _____ 1

102. Au cours des dernières vacances de votre (vos) enfant(s), celui-ci (ou l'un d'eux), est-il allé ...

... dans une colonie de vacances 1
... dans un camp de jour 1
... au terrain de jeux (loisirs municipaux) 1
... chez son père (sa mère) 1
Autre (précisez) _____ 1

103A Depuis la _____, quelqu'un vous a-t-il aidé en s'occupant à l'occasion de votre (vos) enfant(s)?

Oui 1
Non → PASSEZ A 104 2

103B Qui vous a aidé?

Son père (sa mère) 1
Membre(s) de la famille 1
Amis 1
Association comme les "Grands frères", les "Grandes soeurs" 1
Autre (PRECISEZ): _____ 1

104. Depuis la (le) _____, avez-vous eu ...

	Non	Oui	Etait-ce ... Très important	Important	Peu important
... des problèmes de santé	2	1 →	1	2	3
... des problèmes psychologiques (angoisse, peur)	2	1 →	1	2	3

TOUS 2
PASSEZ A 110

105. Pour régler ce problème, êtes-vous allé(e) voir ...

	Non	Oui	Selon vous, ce problème a-t-il été causé par la (le) _____? Oui	Non
... un médecin	2	1 →	1	2
		PASSEZ A 107		
1. ... un psychologue	2	1 →	1	2
2. ... un travailleur social	2	1 →	1	2
3. ... quelqu'un d'une association d'hommes (de femmes ou d'un centre de femmes)	2	1 →	1	2

(Filtre prioritaire)

(TOUS 2)

PASSEZ A 108

106. Où avez-vous rencontré ce (cette) ...

	1	2	3
... bureau privé	1	1	1
... CLSC	2	2	2
... hôpital	3	3	3
... CSS	4	4	4
... À la maison	5	5	5
... Par téléphone	6	6	6

107. Pour ce(s) problème(s), avez-vous reçu de l'aide ...

	Oui	Non	NAP
... a) **(sauf pour veufs(ves)** du père (mère) de l'enfant?	1	2	9
... b) d'un(e) ami(e) ou d'un(e) voisin(e)?	1	2	9
... c) d'un membre de la famille?	1	2	9
... d) d'un prêtre ou une religieuse? .	1	2	9
... e) d'une maison de parents?	1	2	9
... f) d'un autre groupe du quartier ou de la ville?	1	2	9
... g) Autre (PRECISEZ): _____ _____	1	2	9

(TOUS 2)

(Au moins 1 mention)
PASSEZ A 110

108. Auriez-vous souhaité avoir de l'aide de ces personnes ou de quelqu'un d'autre?

Oui		1
Non	PASSEZ A 110	2
NSP	PASSEZ A 110	8

109. De qui?

a) du père (mère) de l'enfant
b) d'un(e) ami(e) ou d'un(e) voisin(e)
c) d'un membre de la famille
d) d'un prêtre ou une religieuse
e) d'une maison ou centre de femmes
f) d'une association de familles monoparentales
g) d'un autre groupe du quartier ou de la ville
h) Aide professionnelle
i) Autre (PRECISEZ): _____

110. Voici une liste d'activités que vous pouvez faire pour vous distraire, vous détendre ou vous changer les idées. A quelle fréquence faites-vous ces activités?

	Souvent	A l'occasion	Jamais
a) Accompagner les enfants au parc	1	2	3
b) Faire des activités seul(e) (lecture, couture, bricolage, marche etc.)	1	2	3
c) Rencontrer ou sortir avec d'autres personnes	1	2	3
d) Pratiquer pour vous-même des activités physiques ou faire du sport	1	2	3

111A Avez-vous actuellement une relation sérieuse avec quelqu'un?

Oui → PASSEZ A 113 1
Non 2

111B Suite à la(le) _____, avez-vous eu une relation sérieuse avec quelqu'un?

Oui → PASSEZ A 113 1
Non 2

112. Aimeriez-vous avoir une telle relation avec quelqu'un?

Oui 1
Non 2
NSP 8

113. Trouvez-vous très facile, plutôt facile, plutôt difficile ou très difficile de rencontrer quelqu'un avec qui vous pouvez avoir une relation sérieuse?

Très facile 1
Plutôt facile 2
Plutôt difficile 3
Très difficile 4
NSP 8

114. Actuellement, avez-vous le goût de vivre avec quelqu'un?

Oui	1
Non	2
NSP	8

115. Pensez-vous que votre (vos) enfant(s) aurait(aient) des réactions négatives ou des objections à cela?

Oui	1
Non	2
NSP	3

(Célibataires (TYPE 4), PASSEZ A 118)

116. Votre enfant (vos enfants) voit-il(voient-ils) la famille de son (sa, leur) père (mère) plus ou moins souvent qu'avant _____?

Plus souvent	1
Aussi souvent	2
Moins souvent	3
Aucun contact	4
NSP	8
Ne s'applique pas	9

117. Avez-vous personnellement des contacts avec la famille du père (mère) de votre (vos) enfant(s) (beaux-parents, belles-soeurs) plus ou moins souvent qu'avant _____?

Plus souvent	1
Aussi souvent	2
Moins souvent	3
Aucun contact	4
NSP	8
Ne s'applique pas	9

118. Actuellement, voyez-vous votre propre famille (parents, frères/soeurs) plus ou moins souvent qu'avant _____?

Plus souvent	1
Aussi souvent	2
Moins souvent	3
Aucun contact	4
NSP	8
Ne s'applique pas	9

119A A votre connaissance, y a-t-il près de chez-vous des groupes ou des organismes qui peuvent apporter de l'aide ou du soutien à des femmes ou des hommes qui vivent une situation familiale comme la vôtre?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 120A	2
Ne sait pas	→ PASSEZ A 120A	8

119B Faites-vous partie d'un de ces groupes ou organismes?

Oui	→ PASSEZ A 120A	1
Non		2

119C Seriez-vous intéressé(e) à vous joindre à un de ces groupes ou organismes?

Oui	1
Non	2
NSP	8

119D Etes-vous membre d'une association de familles monoparentales?

Oui	1
Non	2

120A Avez-vous des relations amicales avec des femmes ou des hommes qui élèvent leur(s) enfant(s) seul(e)?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 121A	2

120B A l'occasion, avez-vous de l'aide ou du support de la part de ces personnes?

Oui		1
Non	→ PASSEZ A 121A	2

120C Ces personnes vous ont-elles apporté de l'aide pour ...

... s'occuper des enfants	1
... aide financière	3
... aide matérielle (objets, vêtements, ...)	4
... corvée, travaux ménagers	5
... soutien moral	6
Autre (PRECISEZ): _____	7

121A Après la _____, avez-vous eu à défendre vos droits au bureau de l'aide sociale, à l'assurance sociale ou ailleurs?

Oui 1
Non → FIN DE L'ENTREVUE 2
REMERCIEZ ET TERMINEZ L'ENTREVUE .

121B Lors de ces démarches, vous êtes-vous fait accompagner ...

	Oui	Non
... par un membre de la famille	1	2
... par un(e) ami(e)	1	2
... par quelqu'un d'un groupe (Association pour la défense des droits des assistés sociaux (ADDS), OPDS)	1	2
... ou par une travailleuse sociale	1	2
(au moins 1)		

FIN DE L'ENTREVUE : REMERCIEZ ET TERMINEZ L'ENTREVUE

(TOUS 2)

122A Auriez-vous souhaité avoir de l'aide lors de ces démarches?

Oui 1
Non → FIN DE L'ENTREVUE 2
NSP → REMERCIEZ ET TERMINEZ L'ENTREVUE 8

122B De qui?

Ami(e)
Voisin(e)
Membre de la famille
Travailleuse sociale
Autre (PRECISEZ): _____

FIN DE L'ENTREVUE : REMERCIEZ ET TERMINEZ L'ENTREVUE

ANNEXE B

Annexe technique

Cette annexe présente les données techniques auxquelles il est fait référence dans les chapitres qui précèdent.

Chapitre 3

La pondération des données dont il a été question au chapitre 3 a été réalisée à l'aide des paramètres présentés au tableau 1.

Chapitre 4

Dans le cadre de ce chapitre, plusieurs variables ont été construites.

- Incapacité physique: à partir de la présence de l'une ou l'autre des 3 incapacités suivantes:

  . difficultés à entendre: devoir utiliser un appareil quelconque (prothèse, décodeur télé, téléphone spécial)

  . difficultés visuelles: impossibilité d'avoir un permis de conduire même avec des verres correcteurs

  . handicaps physiques: devoir utiliser un appareil quelconque (canne, marchette, fauteuil roulant, etc.)

  Valeur: 1 = Handicapé
  0 = Non-handicapé

- Consommation des services de santé du réseau: à partir de l'une ou l'autre des consultations suivantes déclarées:

  . consultation au cours du dernier mois d'un médecin généraliste ou spécialiste, ou d'un ergothérapeute, ou d'un physiothérapeute

  . être allé au cours de la dernière année dans un CLSC, ou dans une urgence ou une clinique d'hôpital

  . avoir reçu la visite d'un médecin ou d'une infirmière à la maison

  Valeur: 1 = Consommateur de services de santé du réseau
  0 = Non-consommateur

TABLEAU 1

Paramètres utilisés pour la pondération des données

Région	Population en général	Personne âgée	Monoparentalité (1)[1]	Monoparentalité (2)	Maux de dos
Montréal	3171/470*Ei[2]	235/330*Ei	20/18*Ei	245/161*Ei	598/343*Ei
Québec	864/81 *Ei	24/40 *Ei	2*Ei	20/29 *Ei	116/44 *Ei
Reste du Québec	4571/254*Ei	242/131*Ei	17/4 *Ei	198/88 *Ei	484/120*Ei
Pour obtenir le nombre de questionnaires attendus	8606/17722	501/1073		502/721	1198/2348
Pour obtenir le nombre de questionnaires complétés pour chacune des situations cibles		1		6480/10807	4571/10807
Pour l'ensemble	2114/10807				

[1] Pondération selon l'étape: (1) première étape; (2) deuxième étape.

[2] Ei: Nombre de personnes éligibles dans le ménage.

- Score d'habitudes de vie: par sommation des efforts faits pour maintenir de bonnes habitudes de vie:

    . contrôler son poids

    . prendre assez de sommeil

    . équilibrer son alimentation

    . relaxer

    . être non-fumeur

    Etendue du score: 0 à 5

- Consommation des services sociaux: à partir de l'une ou l'autre des consultations suivantes déclarées:

    . consultation au cours du dernier mois d'un(e) travailleur(se) social(e) ou autre conseiller(ère) du même type

    . être allé au cours de la dernière année dans un CSS

    Valeur: 1 = Consommateur des services sociaux
    0 = Non-consommateur

- Bénévolat à partir de l'une ou l'autre des pratiques de bénévolat suivantes:

    . auprès des personnes âgées

    . auprès des enfants ou adolescents

    . auprès des handicapés

    . auprès d'autres groupes de personnes

    Valeur: 1 = Bénévole
    0 = Non-Bénévole

<u>Chapitre 5</u>

Dans le cadre de ce chapitre, deux scores d'implication (implication de l'aidant d'une personne âgée vivant à domicile/implication de l'aidant d'une personne âgée vivant en institution) ont été construits. Pour ce faire, ont été utilisés les résultats d'une analyse factorielle portant sur différents items de l'aide apportée (préparer ses repas, faire son lavage, etc.), en particulier la proportion de variance expliquée par chacun des facteurs. De là, les indicateurs de chacun des facteurs ont reçu un poids relatif à l'importance du facteur dans le modèle.

- Score d'implication d'un aidant d'une personne âgée vivant à domicile: par sommation des valeurs attribuées

  . Indicateurs du premier facteur

    . préparer ses repas
    . faire son lavage
    . faire son ménage de tous les jours
    . faire des travaux lourds

    Valeur attribuée à chacune des mentions: 1,175

  . Indicateurs du deuxième facteur

    . l'accompagner pour aller magasiner
    . la transporter pour des visites médicales ou autres
    . aller faire ses commissions

    Valeur attribuée à chacune des mentions: 0,767

  . Indicateurs du troisième facteur

    . aller lui tenir compagnie
    . s'occuper de ses affaires financières

    Valeur attribuée à chacune des mentions: 1,000

  Etendue du score: 0 à 9

- Score d'implication d'un aidant d'une personne âgée vivant en institution: par sommation des valeurs attribuées

  . Indicateurs du premier facteur

    . aider à manger
    . aider à faire sa toilette
    . aider à faire son lavage

    Valeur attribuée à chacune des mentions: 1,043

. Indicateurs du deuxième facteur

. l'accompagner pour sortir

. lui tenir compagnie

. la faire participer aux activités organisées par l'institution

Valeur attribuée à chacune des mentions: 0,712

. Indicateurs du troisième facteur

. s'occuper de ses affaires financières

Valeur attribuée à chacune des mentions: 1,736

Etendue du score: 0 à 7

Chapitre 6

Dans le cadre de ce chapitre, un indice de gravité a été calculé en sommant les valeurs attribuées à chacun des indicateurs qui le composent. Ces valeurs ont été définies de la façon suivante:

Dimension	Indicateur	Valeur attribuée
Force de la douleur	- Faible	1
	- Inconfortable	2
	- Forte	3
	- Insupportable	4
Présence constante de la douleur	- Oui	1
	- Non	0
Empêche de travailler	- Oui	1
	- Non	0
Ralentit l'exécution du travail (emploi)	- Oui	0,5
	- Non	0
Problème avec l'employeur	- Altercation avec l'employeur	1
	- Changement de poste	1
	- Rejet ou altercation avec les collègues	1
	- Mise à pied	1
Ralentit l'exécution du travail à la maison	- Oui	1
	- Non	0
Empêche de faire du sport ou d'autres activités physiques	- Oui	1
	- Non	0

Etendue du score: 1 à 12,0

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*
No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*
No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*
No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*
No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*
No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*
No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*
No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*
No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

[1] Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation [illegible] la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information [illegible] principaux programmes d'activités de la Commission [illegible] services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer [illegible] préhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses [illegible] et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce [illegible]

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent volume s'inscrit dans le cadre de cette collection.